FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1894-95 N° 96

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

CONGESTION IDIOPATHIQUE DU POUMON

chez l'adulte.

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 26 JUILLET 1895

PAR

Bernard-Elie MORINGLANE

Né à Montaut (Landes), le 27 Octobre 1860.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PICOT, professeur, *président*,
VERGELY, professeur,
DUBREUILH, agrégé,
MESNARD, agrégé,
} *Juges*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE & LITHOGRAPHIE GAGNEBIN
72, Rue du Pas-Saint-Georges. 72

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1894-95 N° 96

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
CONGESTION IDIOPATHIQUE DU POUMON
chez l'adulte.

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 26 JUILLET 1895

PAR

Bernard-Elie MORINGLANE

Né à Montaut (Landes), le 27 Octobre 1860.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PICOT, professeur, *président*,
VERGELY, professeur,
DUBREUILH, agrégé,
MESNARD, agrégé,
} *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE & LITHOGRAPHIE GAGNEBIN
72, Rue du Pas-Saint-Georges. 72

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE & DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICÉ..... } Professeurs honoraires.
AZAM ..... }

Clinique médicale	MM. PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	DE NABIAS.
Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicale des enfants	PIÉCHAUD.
Clinique Gynécologique	BOURSIER.

AGRÈGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MOUSSOUS. DUBREUILH. MESNARD. CASSAET. AUCHÉ.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	POUSSON. DENUCÉ. VILLAR.
Accouchements	RIVIERE. CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Pysiologie { MM. PRINCETEAU. N. } Histoire naturelle. N.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLEMENTAIRES

Clin. interne des enfants	MM. A. MOUSSOUS	Pathologie externe.....	MM. DENUCÉ.
Clin. des malad. syphil. et cutan...	DUBREUILH.	Accouchements.....	RIVIÈRE.
Clin. des malad. des voies urin....	POUSSON.	Chimie.....	DENIGÈS.
Mal. du larynx, des oreilles et du nez	MOURE.	Zoologie	BEILLE.
Maladies mentales	REGIS.		

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A TOUS MES PARENTS

A MA FEMME

ma Collaboratrice laborieuse et dévouée.

A MES AMIS

A mon cher Maître

MONSIEUR LE DOCTEUR SOLLES

Médecin honoraire des Hôpitaux,

Chevalier de la Légion d'Honneur.

A mon Ami

MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES CHAVANAZ

Chef de Clinique Chirurgicale à la Faculté.

A mon Ami

MONSIEUR LE DOCTEUR CARRIÈRE

Chef de Clinique Medicale à la Faculté de Bordeaux.

A MONSIEUR FRANTZ DESPAGNET

Professeur à la Faculté de Droit de Bordeaux.

A mon Président de Thèse,

MONSIEUR LE DOCTEUR PICOT

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Bordeaux.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

CONGESTION IDIOPATHIQUE DU POUMON

chez l'adulte

Avant-propos.

Malgré sa fréquence, la congestion idiopathique du poumon, ou maladie de Woillez est, à l'heure actuelle, complètement laissée de côté dans un grand nombre d'auteurs classiques.

Depuis la description clinique magistrale qu'en fit le premier Woillez, on s'est contenté de l'observer sans essayer d'en approfondir l'étude.

Après en avoir distrait un cetrain nombre de variétés sous les termes génériques de congestion pleuro-pulmonaire, spléno-pulmonie, ou fluxion de poitrine, on n'en a point repris une étude minutieuse, on l'a laissée démembrée sans essayer de la remettre à la place qu'elle devait occuper.

Et cependant, quel est le pratricien qui ne s'est trouvé aux prises avec cette maladie ?

Etant donné sa fréquence, étant donné surtout l'efficacité

apparente d'une thérapeutique appropriée, nous avons cru qu'il ne serait pas inutile d'en reprendre l'étude en nous basant sur les observations que nous avons pu recueillir.

Avant d'aller plus loin, qu'il nous soit permis d'adresser un hommage public à tous ceux qui nous ont témoigné de l'intérêt dans le cours de nos études médicales, à tous ceux qui nous ont prêté le secours et de leurs conseils expérimentés et de leur bienveillance inépuisable.

Nous remercions d'abord, tout particulièrement, M. le docteur Solles, qui fut notre maître et qui nous a enseigné les premiers éléments de la science médicale. Nous n'oublierons jamais cette bienveillante sympathie qu'il nous a de tout temps témoignée et qui nous l'a fait toujours considérer non seulement comme un maître savant, mais comme un ami véritable.

A son nom, nous unirons celui de M. le docteur Chavannaz, chef de clinique chirurgicale à la Faculté, dont l'amitié nous a été d'un si précieux secours dans le cours de ces deux dernières années.

Que M. le docteur Carrière, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine, veuille agréer aussi nos plus sincères remerciements pour tous les documents qu'il a bien voulu nous communiquer au sujet de notre thèse.

Nous remercierons enfin M. le professeur Picot, de tout l'intérêt qu'il nous a toujours porté dans le courant de cette dernière année. C'est à son école, en écoutant ses savantes leçons, que nous sommes venu compléter nos connaissances médicales et cliniques. Nous l'en remercions publiquement et nous lui serons toujours profondément reconnaissants de l'insigne honneur qu'il nous fait en acceptant en ce jour, la présidence de notre thèse.

Division du Sujet.

Pour la commodité et la clarté de notre étude, nous avons cru devoir diviser notre thèse en un certain nombre de chapitres dont les limites sont parfaitement définies.

Dans le chapitre I, nous avons résumé l'historique de la question.

Dans le chapitre II on trouvera relatés onze observations inédites qui ont servi de point de départ à toute cette étude.

Dans le chapitre III nous avons, en nous basant sur ces observations esquissé à grands traits, la symptomatologie et l'évolution clinique de la maladie de Voillez.

Dans le chapitre IV, nous avons essayé de tracer le diagnostic différentiel de la congestion idiopathique du poumon.

Le chapitre V est plus court : on y trouvera relatés les lésions anatomo-pathologiques constatées à l'autopsie d'un malade dont l'observation se trouve en détail dans le chapitre précédent.

Dans le chapitre VI, nous avons essayé de pénétrer dans l'étude de l'étiologie et même de la pathologie de la maladie de Voillez, question qui, à l'heure actuelle est bien obscure encore.

Enfin dans le chapitre VII, on trouvera une esquisse de la thérapeutique qui nous a toujours parfaitemant réussi.

Telle est dans son ensemble, le plan de ce modeste travail pour lequel nous demandons toute la bienveillante indulgence de nos juges.

CHAPITRE PREMIER

Historique de la question.

Les congestions pulmonaires bien que connues des anciens auteurs, n'ont été différenciées que dans le courant de ce siècle. Les anciens pathologistes, en effet, considérant la congestion comme un élément secondaire des affections cardio-pulmonaires, la passaient sous silence et par ce fait même, la méconnaissaient complètement.

Au début de ce siècle, au moment même où la théorie de Broussais faisant de l'irritation et de l'inflammation la base de sa médecine physiologique semblait devoir faire jouer aux congestions le rôle prépondérant dans les affections pulmonaires, il arriva ce fait bizarre que l'on confondit les phlegmasies avec les congestions en général.

Laënnec, lui-même, malgré la justesse de ses vues, n'isola point du premier coup, ce processus morbide : il décrit l'œdème du poumon, mais croit que ce que nous appelons congestion pulmonaire n'est qu'une lésion post-mortem, une infiltration sanguine cadavérique du parenchyme pulmonaire.

Andral, en 1829, décrit dans son *Traité d'anatomie pathologique* l'hypérémie en général et semble même avoir soupçonné la congestion pulmonaire en tant qu'affection individuelle lorsque dans sa *clinique médicale* (t. II, p. 256, 1829), il signale la

dyspnée par « stase sanguine brusque dans l'intérieur du poumon ».

Jolly, en 1830, s'efforce, mais sans grand succès, d'établir une distinction entre la fluxion et l'engorgement du poumon et la congestion ou l'inflammation de cet organe.

Il en est de même de Hourmann et Dechambre qui, adeptes fervents des théories de Broussais, considèrent la congestion comme une inflammation « toutes les fois qu'elle occupe, soit le bord antérieur, soit toute l'étendue du poumon en l'absence d'un obstacle à la circulation dans le cœur et dans les vaisseaux ».

Devergie signale la congestion pulmonaire comme cause de mort subite ou très rapide, et Lebert (de Nogent-le-Rotrou) publie des faits de ce genre, que citent, après lui, tous ceux qui se sont occupés de la question.

Fournet, néanmoins, dans ses *Recherches cliniques sur l'ausculation des organes respiraioires* ébauche le tableau clinique de la congestion pulmonaire, mais ses observations, trop peu nombreuses du reste, laissent encore le doute dans l'esprit du lecteur.

Dubois (d'Amiens), en 1840, ne traite que de la congestion deutéropathique du poumon, mais semble ignorer complètement la congestion idiopathique de cet organe.

Il en est de même des recherches de Legendre et Bailly, en 1844. De la Berge, Monneret, Fleury, dans le *Compendium de Médecine* ont eu le mérite d'avoir vulgarisé et commenté les faits relatifs aux hypérémies pulmonaires sans avoir, néanmoins, rien ajouté d'important aux connaissances de leurs prédécesseurs.

Dans le *Traité élémentaire de Pathologie Interne* de Monneret, on retrouve les mêmes confusions.

C'est à Woillez que revient tout l'honneur, d'avoir su dé-

mêler le chaos des congestions pulmonaires dans une série de mémoires publiés, en 1838, dans les *Bulletins de la Société médicale d'observations*; en 1854, dans les *Archives générales de Médecine;* en 1860, dans son *Dictionnaire de Diagnostic médical;* en 1866, dans les *Archives générales de Médecine,* travaux qu'il résume, du reste, dans son *Traité clinique des Maladies aiguës de l'appareil respiratoire,* en 1872.

C'est lui qui, le premier, établit une distinction entre les congestions actives, et qui vit que cette affection pouvait se présenter ou bien comme entité morbide ou bien comme un symptôme pouvant accompagner les affections les plus diverses.

La congestion pulmonaire idiopathique était dès lors créée. Bourgeois et Herne, dans leur thèse, viennent confirmer les idées de Woillez et publient un certain nombre d'observations ayant trait à l'adulte.

La maladie de Woillez eût, dès lors, sa place dans le cadre nosologique.

Grancher, dans les *Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux,* vint alors en distraire un certain nombre de faits qui se présentent avec un aspect si particulier qu' « il est impossible, dit-il, de ne pas en faire une forme toute spéciale dite pseudo-pleurétique. Entre la congestion pulmonaire simple de Woillez, dit l'auteur, et la pneumonie lobaire, franche, aiguë, à côté de la broncho-pneumonie il existe un état morbide du poumon, sorte de pneumonie subaiguë qui simule une pleurésie avec épanchement moyen et qui mérite une description et une dénomination spéciale ».

Il l'appelle spléno-pneumonie et Queyrat, dans la *Revue de Médecine,* en 1885, et dans une revue de la *Gazette des Hôpitaux,* en 1892, en fait une étude détaillée.

Malgré tout, à l'heure actuelle, il existe au sujet de la con-

gestion-maladie de Woillez bon nombre de dissensions dans le monde médical.

Bon nombre de médecins, repoussant les idées, soutenues par Woillez, considèrent la prétendue congestion idiopathique comme une pneumonie abortive, anormale, incomplète. Dieulafoy, néanmoins, et l'Ecole de Montpellier (Duprès, Grasset), admettent cette entite morbide mais la décrivent sous le nom de « fluxion de poitrine », tandis que Potain et ses élèves, Serrand et Duflocq la désignent sous le nom de congestion pleuro-pulmonaire.

Enfin, M. Weill, de Lyon, en décrit une forme spéciale sous le nom de congestion paroxystique du poumon.

Chacune de ces théories a sa part de vérité. Il existe des formes dans lesquelles plèvre et poumon sont frappés par le processus congestif. Elles répondent à la forme pleuro-pulmonaire de Potain.

Il existe des faits où la congestion pulmonaire simule la pleurésie avec épanchement : c'est la spléno-pneumonie de Grancher.

Il existe enfin des états morbides, mixtes et bâtards, dans lesquels les éléments hypérémiques et phlegmasiques sont diversement combinés et qui frappent en même temps, bronches, poumons, plèvre et même muscles du thorax : ces cas répondent à la fluxion de poitrine » de Dieulafoy.

Mais à côté de ces faits on doit faire une place à part à la congestion idiopathique du poumon, telle que l'a décrite Woillez, à la congestion-maladie.

C'est ce que nous allons essayer de démontrer en nous basant sur les observations que nous avons pu recueillir.

CHAPITRE II.

OBSERVATION I.

Ch. Marci, domestique, entrée à l'hôpital le 7 mars 1895.

Son père est mort d'hémorrhagie cérébrale, sa mère est vivante et bien portante. Le 5 mars dernier ayant grand chaud elle a avalé coup sur coup deux grand verres d'eau froide, après quoi, elle a continué à travailler. Deux heures après elle a ressenti de violents frissons qui ont duré environ quarante minutes. Au même moment elle a éprouvé un violent point de côté dans la région sus-hépatique. La respiration devint gênée, la fièvre s'empara de la malade qui fut obligée de se mettre au lit.

Le 6, la fièvre continua : la malade ressentait le même point de côté ; elle était aussi oppressée que la veille et toussait légèrement sans cracher.

Le 7 mars, elle se décide à entrer à l'hôpital où elle est placée dans le service du professeur Pitres, salle 7, lit 20. La malade est étendue dans le décubitus dorsal. La face est colorée ; les pommettes rouges et presque violacées. La langue est blanchâtre ; elle a une soif continue, l'inappétence est absolue.

Le thermomètre marque 39° ; le pouls bat 92 à la minute. La malade se plaint d'un point de côté intense, siègeant au niveau du troisième espace intercostal droit. La douleur qu'elle éprouve à ce niveau est vive, spontanée, exaspérée par les grandes inspirations, la toux, la pression et les mouvements de la malade.

La respiration est légèrement accelérée. (Vingt-cinq inspirations à la minute).

La toux est peu fréquente.

La malade crache fréquemment ; les crachats recueillis forment une masse de consistance sirupeuse, renfermant de nombreuses bulles d'air ; le tout rappelle une solution de gomme ou d'albumine délayée dans l'eau.

Pas de bacilles de Koch dans les crachats, mais microcoques en quantité considérable.

A l'inspection de la poitrine, on ne remarque rien d'anormal : la poitrine ne semble pas augmentée de volume, ni en masse, ni à droite, ni à gauche.

Par le signe du cordeau on trouve que l'appendice xyphoïde est déviée de un millimètre vers la droite.

A la percussion, en avant et à droite on trouve une zone de submatité mal délimitée et occupant le deuxième, le troisième et le quatrième espace intercostal. Dans la région sous-claviculaire la sonorité est légèrement exagérée. Rien d'anormal à gauche. En arrière et à droite, la sonorité est diminuée dans la fosse sous-épineuse ; ici encore la zone submate est très mal délimitée. Rien du côté gauche.

Pas de transsonnance claviculaire.

A l'auscultation on trouve, en avant et à droite, un souffle inspiratoire doux, étalé et superficiel dans la zone submate signalée plus haut. A ce niveau, l'oreille appliquée sur le thorax perçoit quelques râles sous-crépitants. Rien du côté gauche. En arrière et à droite, on perçoit le même souffle localisé dans la fosse sous-épineuse, et ici encore on perçoit tout autour de la zone submate quelques râles sous-crépitants fins et disséminés. Rien du côté gauche.

Pas de bronchophonie, pas d'égophonie, pas de pectoriloquie aphone.

A l'auscultation de la voix, on entend cependant en avant, et dans la zone submate, un léger souffle à la suite du son de la voix articulée.

Les vibrations thoraciques sont normales des deux côtés, cependant elles semblent légèrement diminuées dans la région sous-épineuse à droite et exagérées dans la zone sous-claviculaire du même côté.

Rien au cœur.

Urines rares, rouges, sédimenteuses.

Rien du côté des autres organes.

Le diagnostic porté est : congestion pulmonaire, uni-latérale, droite.

On donne à la malade une potion avec 0,05 centigrammes d'extrait thébaïque.

Le 7 au soir, le thermomètre marque 39°2, le pouls 100. L'état est le même. L'examen attentif de la poitrine dénote que le souffle a légèrement augmenté d'intensité ; on place alors dans la région sous-épineuse droite cinq ventouses sacrifiées qu'on laisse 10 minutes ; puis on place en avant dans la zone submate cinq ventouses sèches.

Le 8 au matin, le pouls est tombé à 80 ; le thermomètre marque 39°2 ; la zone submate a notablement diminuée d'étendue, en avant ; l'oreille

appliquée sur la paroi thoracique ne perçoit plus en avant que quelques râles crépitants disséminés. En arrière à deux travers de doigt au-dessous de la ligne épineuse, on entend encore, en un point très limité un souffle doux et voilé avec quelques râles sous-crépitants.

L'état général s'est sensiblement amélioré ; la malade demande à manger.

Le 8 au soir, le pouls est tombé à 75, le thermomètre marque 38° ; l'état de la malade est le même.

Le 9 au matin, le pouls est à 70, le thermomètre marque 37° 8. A la percussion, la zone submate a disparu en avant et en arrière ; on entend quelques râles humides à bulles moyennes, disséminées dans toute l'étendue du côté droit.

Le 9 au soir, le thermomètre marque 38° 4. La malade se sent mieux ; l'oppression et le point de côté ont disparu ; l'oreille perçoit toujours les mêmes râles humides disséminés dans toute l'étendue du poumon droit.

Le 10 mars au matin le thérmomètre marque 37°. La malade est rétablie, le point de côté, persiste cependant, mais seulement à l'occasion des plus fortes inspirations. L'oreille appliquée sur la poitrine perçoit toujours les râles humides signalés plus haut avec les mêmes caractères.

Le 10 mars, au soir, T. = 37°2 ; l'auscultation ne révèle aucun bruit anormal.

Le 11 mars au matin, T. = 37° ; l'état de la malade est des plus satisfaisant ; l'appétit est revenu ; elle sort le 17 absolument guérie.

OBSERVATION II (personnelle).

Ch... Charles, marin, 23 ans.

Son père est bien portant, sa mère également, son frère et sa sœur sont tous deux en bonne santé.

Lui même n'a jamais été malade. A 7 ans, cependant il a eu une fluxion de poitrine.

Le 1er mai 1893 en déchargeant un navire, il est tombé de deux mètres de haut sur des barriques et le côté droit du thorax a porté sur un angle. A la suite de cette chute, il n'a rien ressenti si ce n'est une forte contusion. Mais le 2 mai à son réveil, il s'est senti oppressé et a ressenti une violente douleur dans le cinquième espace intercostal. La fièvre

s'est alors déclarée et le malade a ressenti plusieurs frissons se répétant à un quart d'heure d'intervale environ. Il se plaignit fortement de la tête, et ressentit une courbature généralisée. Pendant toute la journée du 2 mai, l'état du malade reste le même. Le 3 mai, au matin, le malade a une fièvre intense; le thermomètre marque 39°8, le pouls est à 110.

La langue est saburrale; le malade est dévoré par une soif ardente; l'inappétence est absolue.

Le malade se plaint d'une douleur violente, localisée dans le sixième espace intercostal droit et sur la ligne axillaire. Cette douleur est exaspérée par les grandes inspirations, la toux, la pression, ou les mouvements.

La dyspnée est peu intense (vingt-huit insp. à la minute). La toux est peu fréquente ; elle est quinteuse et presque toujours suivie d'une expectoration assez considérable.

Les crachats recueillis sont aqueux, transparents; ils ont une consistance gommeuse.

A l'inspection de la poitrine on ne trouve pas de déformation; l'amplication bi-manuelle permet de reconnaître une amplification du côté malade.

Les vibrations thoraciques sont exagérées dans la région sous-claviculaire à droite et en avant ; en arrière, elles sont exagérées dans la région sous-épineuse droite... dans toutes les autres régions elles ne sont pas modifiées, ni à droite, ni à gauche.

La sonorité est diminuée à droite dans une zone mal limitée en bas. par le cinquième espace intercostal, en haut par le troisième et l'épine de l'omoplate.

Elle est, au contraire, exagérée dans la région sous-claviculaire et dans la fosse sus-épineuse du même côté.

Elle n'est pas modifiée à gauche.

A l'auscultation on constate que la respiration a conservé tous les caractères normaux à gauche, en avant ou en arrière. A droite, au contraire, on constate dans la zone submate l'existence d'un souffle ayant son maximum dans le quatrième espace et sur la ligne axillaire. De plus, il existe quelques râles humides dans la région sous-claviculaire.

La respiration est légèrement soufflante ; l'expiration est aussi longue que l'inspiration.

Pas d'égophonie, pas de pectoriloquie, légère bronchophonie dans la zone submate.

A la suite de l'articulation de la voix, on perçoit très nettement un léger souffle très court.

Rien au cœur, rien aux reins, rien du côté des autres organes.

On donne au malade une potion calmante et on lui place six ventouses sèches dans la zone submate.

Le 3 mai, au soir : T = 39°8 — P = 120. On remarque dans les crachats quelques filets de sang. Le souffle a changé de place. Son maximum se trouve en avant dans le troisième espace intercostal droit. J'applique dans la zone submate cinq ventouses scarifiées que je laisse dix minutes.

Le 4 mai au matin T = 38°4 P = 108. La nuit a été agitée, le malade a mal dormi. Cependant, le point de côté est calme, la dyspnée a disparu. L'oreille appliquée sur la paroi thoracique perçoit quelques râles humides dans le troisième espace droit. Les crachats sont gommeux et ne renferment plus de sang.

Le 4, au soir, P = 80 T = 38°6. L'état est le même ; le souffle s'est encore déplacé ; on ne le perçoit plus que dans une zone tout-à-fait circonscrite occupant sur la ligne axillaire le quatrième espace. Le 5, au matin, P = 85 T = 37°2. Le malade a bien dormi; il se sent mieux et demande à manger. La percussion de la poitrine montre que la zone submate persiste avec les mêmes limites que le 1er jour. Le souffle a complètement disparu, mais il a été remplacé par un foyer de râles humides, occupant le quatrième espace.

L'expectoration diminue tout en conservant les mêmes caractères. La respiration a repris son rythme normal. La toux est moins fréquente. On donne au malade une potion avec 4 grammes d'extrait mou de quinquina.

Le 5, au soir, P = 80 T = 37°4; on entend toujours dans la fosse sous-épineuse des râles humides disséminés.

Le 9 mai, le malade est complètement rétabli. Il ne tousse plus. Il ne crache plus. S'il fait de grandes inspirations, il ressent toujours son point de côté. La percussion donne un son obscur dans toute l'étendue de la base du poumon droit. Mais l'auscultation ne révèle plus rien si ce n'est un peu de rudesse respiratoire.

Le malade sort guéri le 15 mai 1893.

OBSERVATION III (personnelle).

M. Aimé, 45 ans, terrassier, tombe malade le 15 mai 1893. Rien à relater dans ses antécédents héréditaires ou personnels ; a eu, il y a deux ans et demie, une fluxion de poitrine qui a duré cinq ou six jours nous dit-il.

Le 14 mai, cet homme a travaillé pendant six heures sous une pluie torrentielle. En rentrant chez lui, le soir, il a été brusquement pris par un frisson intense qui a duré environ trois quarts d'heure. En même temps il a ressenti un violent point de côté, au niveau du cinquième espace intercostal droit.

Il se met au lit et le lendemain matin, voyant qu'il n'allait pas mieux, il demanda mes soins.

Le 15 mai, je l'examine, et voici ce que je constate. La température est élevée. Thermomètre 38°8. Pouls, 90 à la minute.

Le malade ressent dans le cinquième espace intercostal droit une douleur vive, continue exaspérée par les mouvements inspiratoires, la toux, la pression.

La respiration est fréquente (32 insp. à la minute). La toux est peu fréquente, quinteuse, suivie du rejet de crachats offrant un aspect aqueux, renfermant de nombreuses bulles d'air et de consistance gommeuse. Le côté droit ne respire que fort mal et semble à peu près immobile. La poitrine du malade présente une déformation appréciable du côté droit : l'appendice xyphoïde est dévié de 1 centimètre 1/2 de ce côté.

Les vibrations thoraciques sont conservées. La percussion dénote l'existence d'une zone submate à contours mal limités en arrière et dans la forme sous-épineuse. Rien à gauche. L'auscultation nous montre que la respiration est courte, brève, saccadée par instants ; l'expiration est aussi longue que l'inspiration.

Au niveau de la zone submate on entend un souffle doux localisé dans le troisième espace intercostal, et en avant. A ce niveau on entend quelques rales humides peu nombreux et ne se montrant que dans les grandes inspirations. Rien du côté gauche.

Rien d'important à signaler dans l'ausculation de la voix, si ce n'est un peu de retentissement au niveau du troisième espace. La langue est blanchâtre, la soif intense, l'inappétence absolue. On applique une couche de teinture d'iode loco-dolenti et l'on fait prendre au malade une potion avec 4 grammes d'extrait mou de quinquina et 0,05 centigrammes d'extrait thébaïque.

Le 15 mai, au soir, P = 88 — T = 39° 2; l'état du malade reste stationnaire. Pas de modifications dans l'auscultation.

Le 16 mai, au matin, P = 84 T = 39°. Même état. Le point de côté s'est déplacé ; il occupe la région sous-mammaire. La dyspnée a légèrement augmenté (36 insp. à la minute). La toux a les mêmes caractères que la veille. Les crachats renferment quelques stries sanglantes.

Le 16 mai, au soir, T = 39° 8. Pouls 120. Le malade est agité. La

dyspnée est assez vive (33 insp. à la minute). La toux est peu fréquente. Les crachats toujours striés de sang pur. A la percussion, mêmes signes que le matin; la zone submate a légèrement augmenté en avant comme en arrière. En avant la percussion donne une sonorité tympanique dans la fosse sous-claviculaire.

L'oreille appliquée sur la poitrine perçoit une respiration rude et soufflante à gauche. En haut et en avant, au niveau de la limite supérieure de la zone submate, on perçoit quelques râles sous-crépitants en chapelets. Rien à droite. L'auscultation de la voix dénote un peu de bronchophonie. Le 12 au matin T = 40·4. P = 120. Même état général.

La zone submate s'est déplacée vers la fosse sous-claviculaire et a diminué vers le cinquième espace.

Les râles sous-crépitants signalés plus haut, ont disparu, on ne perçoit plus qu'une respiration rude et soufflante. On place en arrière quatre ventouses sacrifiées et trois en avant. Le 17, soir, T. = 38°, P. 80. Le malade a dormi Le point de côté a disparu. La dyspnée également, (20 insp). La toux est peu fréquente, le malade crache abondamment. L'expectoration est gommeuse, mais les crachat s ne sont plus striés de sang.

Diminution de la zone submate qui n'a plus que 7 centimètres environ de hauteur en avant, mais qui, en arrière, occupe toute la fosse sous-épineuse.

A l'auscultation, la respiration est encore légérement soufflante, mais l'on entend dans toute l'étendue de la poitrine les râles humides en chapelets que nous avons déjà signalés.

Rien à l'auscultation de la voix.

Potion à l'extrait mou de quinquina, 4 grammes. Pot. de Todd, 120 grammes.

Le malade va de mieux en mieux les jours suivants. Le 22, il est complètement rétabli. Cependant à la percussion la sonorité n'est pas aussi pure à droite qu'à gauche et l'auscultation révèle encore l'existence de quelques gros ronchus sonores.

Il sort le 23.

OBSERVATION IV (personnelle).

M... Jean, manœuvre. Pas d'antécédents héréditaires.

D'un tempérament robuste cet homme n'a jamais été malade. Depuis quinze jours environ il a la grippe qui l'a obligé à s'arrêter une huitaine

de jours. Le 28 juin il a voulu reprendre son travail. Ayant soif, il but vers trois heures un verre d'eau glacée ; le soir, en rentrant chez lui, il a été obligé de se mettre au lit, souffrant d'une douleur vague dans le côté droit de la poitrine. Il a eu des vomissements fréquents pendant la nuit, et la fièvre s'est emparée de lui ; à ce moment même il a eu quelques frissons. La céphalalgie était vive et le malade éprouvait une sensation analogue nous dit-il, à ce qu'il aurait ressenti si on l'avait roué de coups sur les reins. Cet état a duré toute la nuit. Le malade, examiné, le matin, se plaint d'une douleur thoracique vive, non localisée, mais ayant son maximum à droite. Cette douleur spontanée est exagérée par les efforts inspiratoires, la toux, la pression, les mouvements du tronc ; elle s'irradie dans toutes les directions.

La dyspnée est très intense (40 insp.) et semble en rapport avec la douleur.

La toux est assez fréquente et toujours suivie d'un rejet de crachats abondants, aqueux, de consistance sirupeuse.

Il y a une augmentation notable du volume du thorax à droite, sensible par l'ampliation bi-manuelle, sensible encore au moyen du cordeau.

La percussion révèle une matité absolue à droite, en avant et en arrière. Rien d'anormal du côté gauche.

Les vibrations thoraciques sont légèrement exagérées à droite,

A l'auscultation on ne trouve rien à droite. A gauche, la respiration est rude, soufflante, on distingue également de gros râles ronflants disséminés dans tout ce côté de la poitrine et quelques sibilances.

Bronchophonie très nette de ce côté du thorax. La langue est sale, la soif vive, l'inappétence est absolue.

Rien aux autres organes.

Le thermomètre marque 40°6. Le pouls est dur, fréquents. (126 à la minute.

Six ventouses scarifiées. Pot. de Todd, 150 grammes avec 5 grammes d'extrait mou de quinquina.

Le 30 juin au matin, le malade est gai. Il a passé une bonne nuit et se sent mieux.

T. = 38°4.

Le point de côté et la dyspnée ont disparu ; le malade crache encore ; ses crachats sont gommeux bien aérés.

A la palpation on trouve les vibrations thoraciques exagérées au sommet droit dans les fosses sous-claviculaires et sous-épineuses.

Ces régions sont submates. Le souffle a disparu. La respiration est

bronchique, rude et soufflante, avec quelques râles sous-crépitants disséminés.

Même traitement.

Le soir, le mieux continue, T. = 37°6.

Le 1er juillet, l'état est si satisfaisant que le malade juge à propos de se lever malgré la défense qu'on lui en a faite et même de sortir.

Le soir, il se trouve fatigué, oppressé avec la fièvre. T. = 38°6.

Le 2 juillet, le malade a mal dormi ; il est oppresé, tousse fréquemment crache beaucoup. T. = 38°6.

Mêmes symptômes à la percussion et à la palpation ; le souffle reparait dans la fosse sus-épineuse, les râles sous-crépitants sont plus abondants.

Trois ventouses scarifiées au sommet. Même traitement ; le soir, même état. T. = 38°6.

Le 3, matin, le malade a très bien dormi. T = 36°4. Le souffle a disparu, les râles sous-crépitants persistent, mais ils sont plus abondants, disséminés, et leurs bulles sont plus grosses.

Le 4, l'amélioration continue ; l'état général est bon. Le malade est guéri. Il sort le 6 juillet complètement rétabli, mais garde encore des signes d'hépatisation légère de submatité et de respiration bronchique.

OBSERVATION V.

P... Jean, pompier, 60 ans, entre à l'hôpital Saint-André. le 25 février 1895.

Cet homme n'a ni antécédents héréditaires, ni antécédents personnels.

Le 23 février, dans la nuit, ayant pris part à l'extinction d'un incendie, il reçoit étant tout en sueur, le jet d'une pompe à vapeur qui le mouille des pieds à la tête.

Il continue, tout transi, son travail, mais le lendemain matin à son réveil, il ressent un point de côté très violent dans la région sous-mamelonnaire gauche. En même temps, la fièvre s'allume, il ressent plusieurs frissonnements. Le 24 au soir, il commence à tousser, il rejette quelques crachats. En même temps la respiration s'embarrasse.

Le 25 au matin, il entre dans le service de M. le professeur Pitres, salle 16, couchette 3.

P... Jean est un homme robuste et vigoureux. Il est couché sur le dos et respire difficilement, léger tirage sus et sous-sternal, surtout appréciable à gauche, (56 insp. par minute).

Point de côté sous-mammaire gauche très intense, sans irradiations. Les crachats sont albumineux, mousseux, très aérés, on y trouve des streptocoques et des staphylocoques très abondants. Pas de Bacilles de Koch.

La poitrine n'est que très légèrement déformée, l'appendice xyphoïde est dévié de 1 centimètre vers la gauche.

Les vibrations thoraciques sont augmentées à gauche, en avant et en arrière.

La sonorité est diminuée en arrière ; l'espace de Traube est normal.

A l'auscultation, la respiration est voilée à gauche, aussi bien en avant qu'en arrière ; on entend des râles humides à bulles moyennes, disséminées dans toute l'étendue de ce poumon.

A droite, la respiration, revet le timbre supplémentaire.

Bronchophonie légère. Pas de pectoriloquie aphone.

Le cœur n'est pas dévié.

La langue est normale, l'appétit diminué. Les urines sont rares et sédimenteuses. Elles ne renferment pas de principes pas anormaux T = 40° 2 P = 125.

Traitement : 7 ventouses sèches à gauche, 0 g. 60 de sulfate de quinine. Potion de Todd, 150 grammes.

Le 25 au soir. Les râles ont diminué comme nombre et comme intensité. La respiration est très voilée. T = 40° 6 P = 106. R = 27.

Le 26 au matin, mêmes signes stethoscopiques. Le malade a bien dormi : l'état général semble meilleur. T = 40°6 P = 74 R = 19.

Même traitement : six ventouses sèches en avant et à gauche.

Le 26, au soir, le malade a transpiré abondamment; il a bien dormi. Poussée d'herpès labial. T = 38° 2 P = 70 R = 18.

Il n'existe plus de râles dans la poitrine, mais la respiration est encore voilée, comme lointaine.

Le 27 au matin : après une nuit excellente, l'état général est parfait : T = 37°8 P = 65 R = 18.

On permet au malade une alimentation légère : œufs, laitage. Le 2 mars notre sujet quitte l'hôpital complètement guéri, mais la respiration est encore sourde, lointaine et obscurcie.

OBSERVATION VI (due à M. le docteur Carrière).

Ch. Pierre, 30 ans, charpentier, entre à l'hôpital St-André le 2 mai 1895.

Aucun antécédent héréditaire. Comme antécédent personnel, syphilis contractée il y a quatre mois pour laquelle il a été traité dans le service de M. le professeur Pitres.

A la suite d'un refroidissement, le 27 février, notre malade a été pris de frissonnements intenses et d'un point de côté violent, localisé dans la région sous-mammaire droite. La toux sèche et quinteuse a fait alors son apparition puis l'oppression très vive. Au moment de son entrée à l'hôpital, voici ce que nous constatons :

L'état général est assez satisfaisant : T = 40°4 P = 110. La dyspnée est intense (46 insp. par minutes).

La toux sèche et quinteuse amène l'expulsion de crachats aérés très gommeux, mais non striés de sang. On y trouve des microcoques abondants surtout des diplocoques sans capsules.

Le point de côté a disparu.

Il n'existe pas de déformations de la cage thoracique mais le côté droit respire moins énergiquement que le gauche.

Les vibrations thoraciques sont exagérées à droite, normales à gauche.

La sonorité très diminuée à droite est normale à gauche. Pas de transsonance claviculaire.

De ce côté, on entend une quantité considérable de râles sous-crépitants aux deux temps de la respiration qui est rude et soufflante.

Pas de bronchophonie; pas d'égophonie, pas de pectoriloquie aphone.

Rien à signaler du côté des autres organes.

Traitement: 5 ventouses scarifiées en arrière et à droite. Potion de Todd avec 0,15 de kermès.

Le 2 mars, au soir T = 40°2. P = 10. Mêmes signes stethoscopiques; l'oppression a de beaucoup diminué (30 insp.).

Le 3 mars, après une bonne nuit, le malade se sent mieux; le point de côté, la dyspnée et la toux ont disparu. L'expectoration persiste Les râles sous-crépitants sont moins disséminés et moins intenses : ce qui domine, ce sont des râles muqueux à bulles moyennes. T = 37°2, P = 75.

Le 3 au soir T = 37°4 P = 70. Etat général très satisfaisant.

On considérait le malade comme guéri, lorsque le 4 mars au matin, le thermomètre remonte à 38°8. Le pouls est rapide, 120.

Le malade nous dit que, vers une heure dans la nuit, il a éprouvé un grand frisson qui a duré une heure environ.

La dyspnée est considérable (60 insp.). La toux peu fréquente est sèche et quinteuse, l'expectoration très visqueuse, très adhérente au crachoir. Pas de point de côté.

Pas de déformation de la cage thoracique. Vibrations thoraciques normales, submatité du côté droit.

A l'auscultation rien de particulier en avant et en arrière. Dans le creux de l'aisselle droite on entend, dans une zône de 6 à 7 centimètres, des bouffées de râle crépitants ne survenant qu'à la fin de l'inspiration.

Rien du côté des autres organes.

Le 4 au soir T = 40°, P = 120. Dyspnée considérable (62). Mêmes signes stéthoscopiques.

Le 5, matin T = 40°, P = 125. Dyspnée (56).

Les crachats sont rouillés. La zone des râles crépitants s'est étendue en avant, en arrière et en bas. Dans cette région on trouve de la matité et de l'exagération des vibrations thoraciques.

Le 6, P = 110, T = 40°1, R = 52.

Les râles crépitants ont presque totalement disparu dans toute l'étendue du côté droit. On perçoit un souffle tubaire intense.

Expectoration rouillée.

Plus de doute, il s'agit bien d'une pneumonie qui suit son évolution normale jusqu'au 12, huitième jour de la maladie, époque à laquelle la température tombe brusquement et tout rentre progressivement dans l'ordre.

OBSERVATION VII (personnelle).

P... Raoul, 41 ans, charretier; n'a aucun antécédent, ni héréditaire, ni personnel.

Cet homme a le 6 juin 1894, ingéré, étant en sueur, un verre d'eau presque glacée.

Le soir même, il éprouve du malaise, de la courbature. Il se couche, et ressent des frissonnements multiples pendant plus de deux heures ; il transpire abondamment. En même temps apparaît un point de côté intense, localisé dans la région hépatique. Sa respiration s'embarrasse (3°). La toux fréquente, sèche, quinteuse et suivie d'expectoration abondante, gommeuse albumineuse très aérée.

On constate une légère déviation vers la droite de l'appendice xyphoïde, mais on ne trouve pas, à la simple inspection, d'ampliation appréciable de ce côté du thorax. Tout l'hémithorax droit est immobilisé ou à peu près.

Les vibrations thoraciques normales à gauche sont un peu exagérées à droite.

La sonorité normale à gauche est un peu diminuée à droite et plus particulièrement dans la partie supérieure.

A l'auscultation on ne trouve rien du côté gauche. A droite, au contraire, on trouve un léger souffle, doux, superficiel, étalé à tonalité basse inspiratoire et expiratoire. En même temps, et plus particulièrement, au sommet, on entend soit en avant, soit en arrière, des râles sous-crépitants nombreux.

Voix et toux soufflée.

Traitement : Potion de Todd kermétisée.

Le 7 juin. La dyspnée a diminuée, le pouls est moins rapide, le point de côté a disparu, mais les signes physiques ont persisté. L'état général est meilleur. T = 40°.

Le 7 au soir. L'amélioration continue bien que la température soit encore très élevée = 39°8.

Le 8 au matin après une nuit mauvaise la température s'est surélevée, 40°2. Les signes physiques sont à peu près les mêmes. La dyspnée est plus vive.

On applique quatre ventouses scarifiées.

Le 8 au soir, T. = 37°2 P. = 65. Etat général excellent. Point de côté, dyspnée ont disparu, la toux persiste, quoique moins fréquente, l'expectoration moins abondante est toujours albumineuse.

La submatité persiste dans la zône ou nous l'avions constaté. La respiration est rude, soufflante, mais les râles sous-crépitants ont disparu ; ils ont été remplacés par des râles humides, à bulles moyennes en chapelet.

Le 10 juin. Le malade quitte l'hôpital guéri, mais on trouve encore au niveau du point malade de la submatité et de la respiration soufflante.

OBSERVATION VIII (personnelle).

Th... Jules, 41 ans, forgeron.

Ni antécédents héréditaires, ni antécédents personnels.

Le 6 février 1893, étant tout en sueur, sort de sa forge pour aller cher-

cher de l'eau dans sa cour. Le froid très vif, le saisit. Il est mal en train jusqu'au soir ; il se couche de bonne heure. A peine au lit, il ressent des frissonnements pendant plus de deux heures. A ce moment apparaît un point de côté très intense localisé dans la région sous-mammaire gauche.

L'oppression augmente, la toux apparaît suivie d'une expectoration très abondante mais non sanglante.

Au moment où nous l'examinons nous trouvons un homme robuste dont l'état général semble peu atteint. La dyspnée est extrême (70). La toux sèche et quinteuse amène le rejet de crachats, aérés, transparents, gommeux, non striés de sang. Le point de côté très intense est localisé sous le sein gauche. Les vibrations thoraciques sont un peu exagérées à gauche, et normales à droite. La sonorité légèrement diminuée à gauche et normale à droite.

L'auscultation révèle du côté gauche l'existence d'un souffle doux, voilé s'étendant dans la zone sous-épineuse avec quelques râles sous-crépitants.

Voix soufflée. T. = 39o6 P. = 120. Potion de Todd kermétisée.

Le 7 février, au soir, l'état s'est aggravé. La dyspnée est toujours très vive. T. = 40o P. = 120.

Le 8 au matin, même état, mêmes signes stéthoscopiques.

Le 8 au soir, en présence de ces symptômes on pose six ventouses scarifiées du côté gauche.

Le 9 au matin. T. = 37o2, P. = 75. Le point de côté a disparu, l'oppression a diminué (30).

Les signes stéthoscopiques sont à peu près les mêmes, mais le souffle a disparu presque complétement ; la respiration est soufflante mêlée de quelques râles sous-crépitants, humides à bulles moyennes, ronflants et sibilants.

Le 11 février. le malade est guéri. Il lui reste encore une sonorité moins grande à gauche qu'à droite et la respiration un peu soufflante granuleuse de ce côté.

OBSERVATION IX (personnelle).

R... Jean, 50 ans, cultivateur.

Aucun antécédent héréditaire, aucun antécédent personnel. Le 7 juin 1893 après avoir travaillé pendant longtemps, il va le corps tout en sueur se coucher sur la terre humide. Il s'endort, sommeille deux ou trois heures, et à son réveil se sent tout mal en train. En rentrant chez lui, il

éprouve des frissonnements multiples, puis ressent un violent point de côté et une oppression extrême. Notre malade se met au lit et commence à tousser.

Après une nuit d'insomnie il se sent plus fatigué. Lorsque nous le voyons nous constatons qu'il est extrêmement oppressé (75). Il se plaint d'un point de côté très douloureux étendu dans les quatrième, cinquième et sixième espaces intercostaux gauche.

Il tousse beaucoup, sa toux est sèche et quinteuse. L'expectoration très abondante est spumeuse, aérée, non striée de sang.

La poitrine n'est pas déformée, pas de déviation de l'appendice xyphoïde.

Les vibrations thoraciques sont exagérées à gauche. De ce côté de la poitrine on trouve une submatité très appréciable, surtout en arrière et dans la forme sous-épineuse.

La respiration normale à droite est soufflante à gauche, plus particulièrement dans la zone sous-épineuse. On perçoit à ce niveau quelques râles humides, à bulles moyennes.

La voix et la toux ont le caractère soufflé.

Rien à l'examen des autres organes.

Traitement : Potion de Todd, avec eau de laurier-cerise et kermès, T. = 40°1, P. = 110.

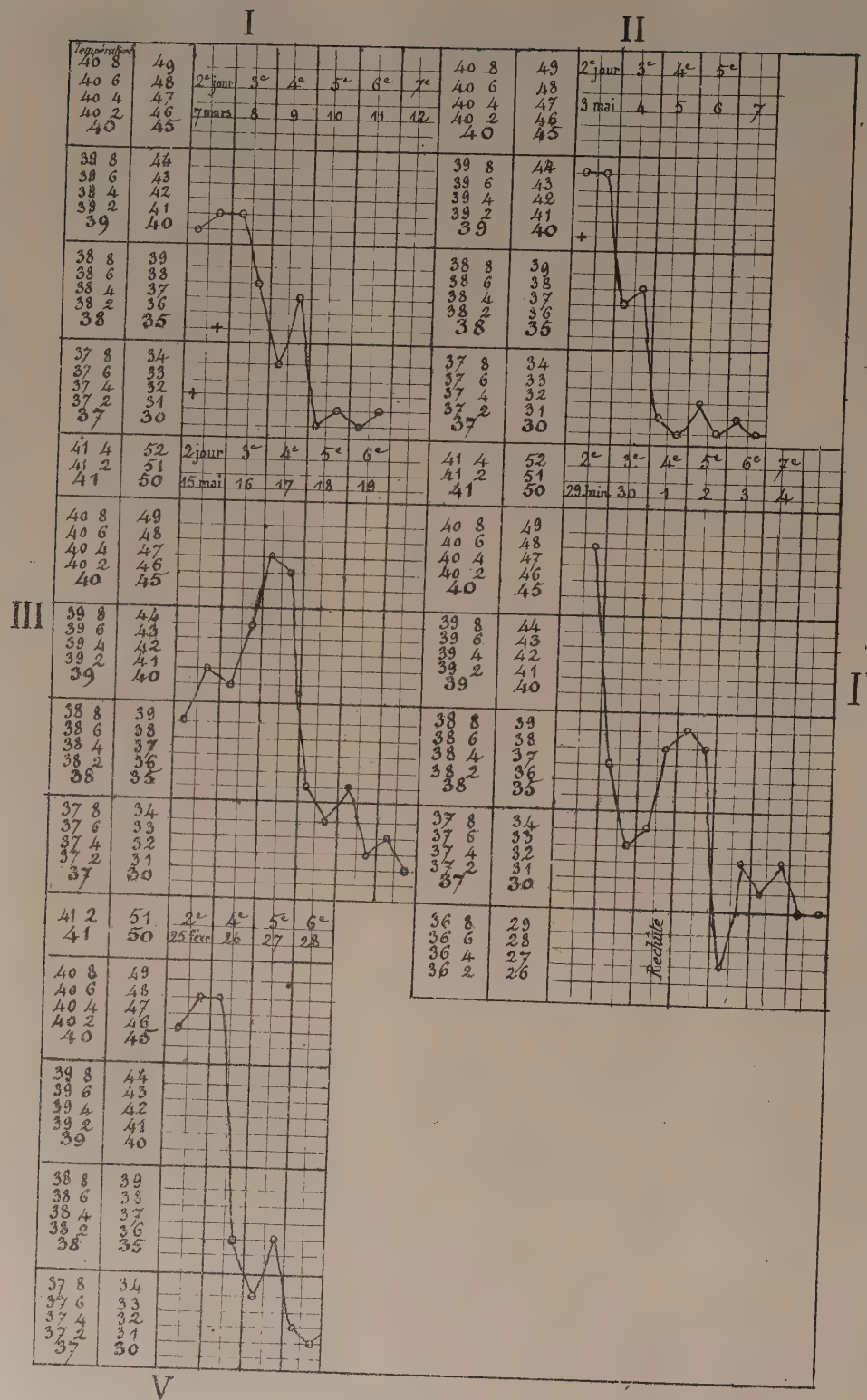
Le 9 juin, l'état est le même ; six ventouses scarifiées. Le 9 au soir, la dyspnée a disparu comme par enchantement, le point de côté disparaît également. Les râles sont bien moins nombreux et bien moins intenses. P. = 90, T. = 37°5.

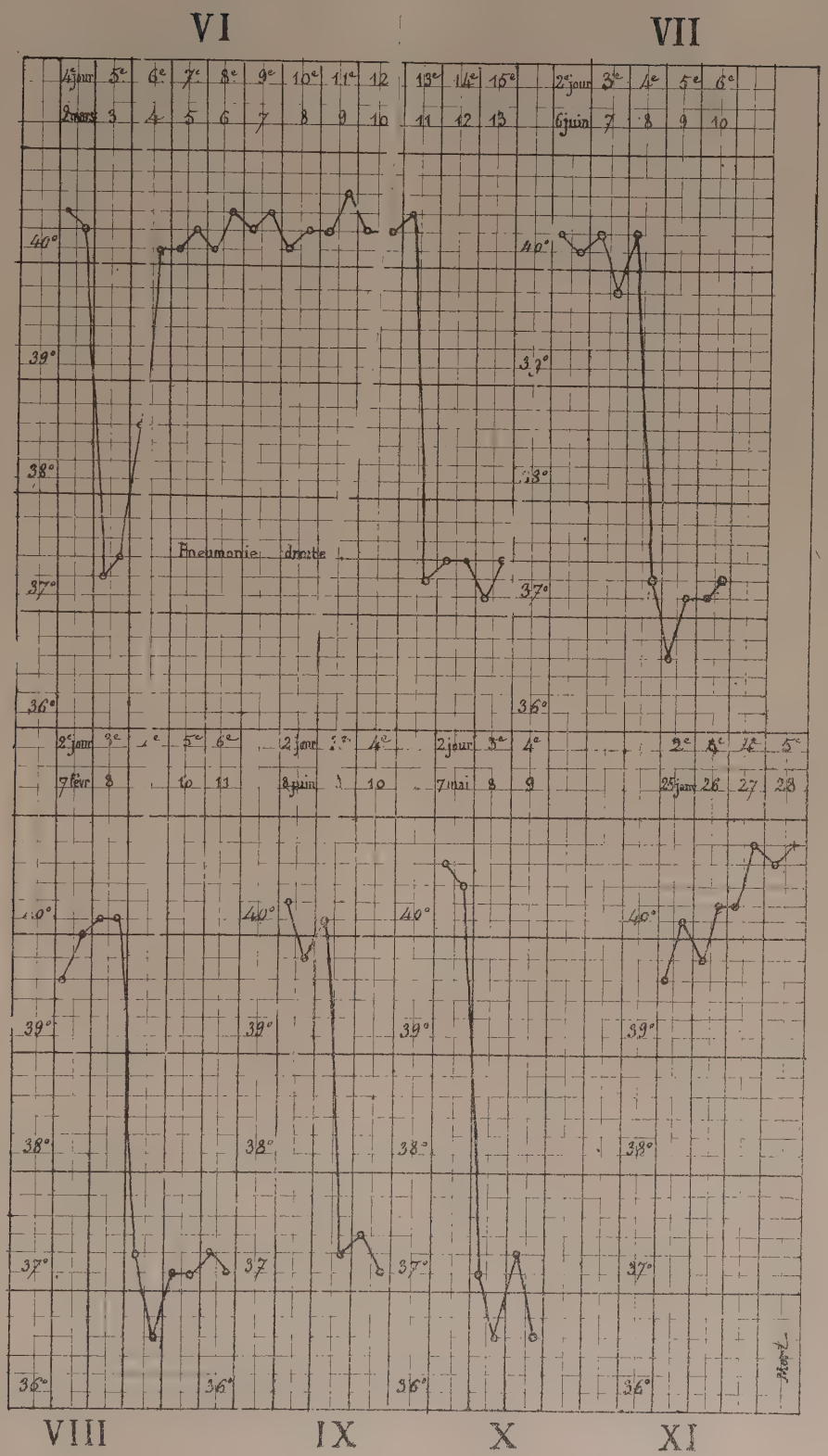
Le 11 juin notre malade est guéri. En l'auscultant, on trouve néanmoins que la respiration est très rude en arrière et dans toute l'étendue du côté gauche. Il crache encore un peu, mais ses crachats sont presque transparents, gommeux.

OBSERVATION X (personnelle).

S. Raphaël, 25 ans, arimeur. Cet homme, sans aucun antécédent, est pris subitement, le 6 mai 1893, de frissonnements multiples qu'il attribue à un chaud et froid.

Il rentre chez lui, se met au lit et ressent alors un violent point de côté, localisé au niveau du cinquième espace intercostal gauche et sur la ligne axillaire. Il commence alors à tousser.


I
II
III
IV
V
Température
2e jour 3e 4e 5e 6e 7e
7 mars 8 9 10 11 12
2e jour 3e 4e 5e
3 mai 4 5 6 7
2 jour 3e 4e 5e 6e
15 mai 16 17 18 19
2e 3e 4e 5e 6e 7e
29 Juin 30 1 2 3 4
2e 4e 5e 6e
25 Févr 26 27 28
Rechute


VI
VII
4e jour 5e 6e 7e 8e 9e 10e 11e 12
2 mars 3 4 5 6 7 8 9 10
13e 14e 15e
11 12 13
2e jour 3e 4e 5e 6e
6 juin 7 8 9 10
40°
39°
38°
37°
36°
Pneumonie droite
2e jour 3e 4e 5e 6e
7 fév 8 10 11
2e jour 3e 4e
8 juin 9 10
2e jour 3e 4e
7 mai 8 9
2e 3e 4e 5e
25 janv 26 27 28
VIII
IX
X
XI

Cette toux pénible, sèche et quinteuse, amène le rejet de crachats transparents, mousseux, albumineux.

L'oppression est vive (61).

L'appendice xyphoïde est légèrement dévié vers la gauche ; les vibrations thoraciques sont exagérées de ce côté, plus particulièrement dans la fosse sous-épineuse.

La sonorité est diminuée dans toute l'étendue de ce côté et le murmure vésiculaire n'y est perçu qu'à travers une série nombreuse de râles sous-crépitants,

La voix est légèrement soufflée T = 40°5 P = 125.

Le 7, au soir, l'oppression augmente (70). T = 40°4 P = 120.

Six ventouses scarifiées.

Le 8 au matin T = 37° P = 85. Après une nuit excellente le malade se sent mieux et demande à manger. Le point de côté, l'oppression et la toux ont disparu. L'expectoration persiste avec les mêmes caractères ; les râles sous-crépitants ont diminué de nombre, la respiration est rude et soufflante.

Le 11, le malade est considéré comme guéri. Il ne lui reste plus qu'un peu de rudesse respiratoire qui, le 26, n'était pas encore disparue.

OBSERVATION XI (due à l'obligeance de M. le docteur Carrière).

P. Benjamin, 41 ans, charretier, entre à l'hôpital le 25 janvier 1895.

Pas d'antécédents héréditaires. Alcoolisme invétéré.

Le 24 janvier, étant ivre, tombe à l'eau ; on l'en tire, on le conduit chez lui, on le met au lit. Il est pris alors de frissonnements intenses et prolongés et d'une douleur très vive siégeant dans la région mamelonnaire droite.

Après une nuit d'agitation et d'insomnie il entre à l'hôpital Saint-André.

L'oppression, à ce moment est extrême (78).

Le pouls est fréquent 130, la température est élevée 39°6.

Le point de côté persiste, il est réveillé par les efforts de toux ou les mouvements respiratoires. La toux est brève, sèche, quinteuse. L'expectoration filante, claire, transparente et très mousseuse. L'examen bactériologique des crachats a révélé l'existence d'un grand nombre de microcoques associés en forme de staphylocoques, ne prenant pas le Gram. Injectés à un cobaye, ils n'ont rien produit.

Pas de déformation thoracique, respiration à type costal supérieur, très marqué.

Les vibrations thoraciques normales en avant sont exagérées des deux côtés, en arrière. Dans cette région, on trouve une ligne submate. En avant, au contraire, et dans les zones sous-claviculaires on perçoit une sonorité exagérée.

La respiration est brève, courte, les deux temps sont égaux. On entend un souffle léger, étendu des deux côtés de la poitrine et plus particulièrement à droite. En même temps on trouve des râles sous-crépitants disséminés dans toute l'étendue des deux poumons.

Le malade délire et est extrêmement fatigué. Les urines sont rares, sédimenteuses, et renferment de l'albumine non rétractile. Urée = 32 gr. Chlorures = 0,20. Phosphates = 0,30.

Six ventouses scarifiées de chaque côté de la poitrine.

Le 26, l'état est le même ; le malade est presque en orthopnée. Les signes stéthoscopiques sont à peu près les mêmes, mais les râles sous-crépitants sont plus nombreux ; la respiration est embarrassée, stertoreuse, ce qui rend l'auscultation très difficile. Une saignée de 300 gr. est pratiquée. On ne trouve pas de microbes dans le sang.

Le 27, l'état ne s'aggravant pas et le 28 au matin, cinquième jour de la maladie, le malade meurt dans un coma profond, la face cyanosée, le pouls petit et filiforme bien que régulier et presque en orthopnée.

Les résultats de l'autopsie se trouvent au chapitre Anatomie Pathologique.

CHAPITRE III.

Symptômes. — Evolution clinique.

I. Début.— La congestion pulmonaire idiopathique a en général un brusque début. Et cependant, jamais on ne trouve ce début " solennel " pour nous servir de l'expression restée classique des anciens cliniciens qui caractérisaient la pneumonie lobaire franche, aigüe.

Dans tous les cas que nous avons observé nous avons retrouvé un certain nombre de prodromes, de signes prémonitoires que nous allons énumérer. Jamais nous n'avons rencontré ce début foudroyant signalé par Devergie, Dionis et Norgagni, et désigné par ces auteurs sous le nom de " coup de sang pulmonaire ".

Le premier phénomène que l'on observe c'est un malaise indéfinissable, si peu caractérisé parfois que le malade lui-même oublie d'en informer le médecin.

Puis apparaissent les frissons, ou pour mieux dire les frissonnements. Les frissons sont de beaucoup, l'un des prodromes, les plus fréquents. Jamais, nous n'avons trouvé ce frisson unique et prolongé qui forme l'un des principaux symptômes de la pneumonie. Ce que nous avons pu constater, ce sont des frissonnements multiples, des horripilations cutanées, survenant, à intervalles plus ou moins rapprochés et persistant de la sorte pendant trois quarts d'heure, deux heures, et même une nuit entière.

Leur intensité est variable, généralement ils sont peu marqués, mais constituent dans 56 0/0 des cas, le premier symptôme dont se rend compte le malade, celui qui révèle que l'infection vient de se faire.

Le point de côté ne vient qu'un peu plus tard: de 1 heure à 6 heures après l'action causale. Il est aussi très fréquent : dans 70 0/0 des cas, on le trouve. Il peut constituer à lui seul le premier symptôme, mais le fait est rare. Nous l'étudierons plus tard, à la période d'état; hâtons-nous de dire qu'il ne subit point de modifications en passant à cette seconde période.

En même temps la fièvre s'allume et acquiert en général une intensité considérable. Il ne nous a pas été donné d'observer la façon dont monte le thermomètre; néanmoins bon nombre de nos malades ont été examinés dès le deuxième jour, et, à ce moment là, le thermomètre oscillait déjà entre 39° 5 et 40° 4. Ce fait est en contradiction avec ce qu'affirme Woillez, cet auteur ayant pu dire que cette élévation brusque de la température dépassait exceptionnellement 40°. Le pouls, fréquent, bat 100, 120 à la minute. La soif est vive. Cette fièvre, symptomatique de la fluxion sanguine, de cette poussée morbide, peut-être de l'infection, n'en est pas le seul signe révélateur; l'organe de la respiration étant atteint nous voyons survenir des troubles respiratoires. C'est une dyspnée variable comme intensité, le plus souvent énorme d'emblée. Les inspirations sont courtes et pénibles, on compte 50, 60, et même 70 inspirations à la minute ; les lèvres violacées, la rougeur des pommettes témoignent, avec la difficulté de la respiration, la gêne de la circulation et les troubles de l'hématose.

La dyspnée, dans certains cas, atteint jusqu'à l'orthopnée; la toux ne fait son apparition qu'un peu plus tard; elle est sèche, pénible, quinteuse; les crachats peu abondants sont visqueux. Dans certaines de nos observations, on trouve consignés : des

douleurs thoraciques vagues (obs. I, IV, V), une courbature généralisée (obs. II, IV, VII.), une céphalée intense (obs. II et IV.), une seule fois des vomissements (obs. IV.).

Jamais nous n'avons trouvé l'herpès labial signalé par Woillez.

Tout ce début, en somme, ne présente rien de particulier, rien de pathognomonique, et cependant, l'on y trouve déjà un ensemble de signes qui doivent dès maintenant attirer l'attention du clinicien.

Il existe en somme fort peu de différence avec le début de la pneumonie ou même d'une autre infection. Ce qui frappe le plus dans tout ceci, c'est la brusquerie, la soudaineté de l'invasion. La cause déterminante ne précède que de fort peu l'apparition de ces premiers symptômes. Un homme vigoureux et bien portant, subit un refroidissement, un traumatisme, le soir même, 2, 4, 5 heures après, il s'alite avec les premiers signes de la maladie : Ce que nous avons remarqué d'autre part, c'est l'uniformité du début; toutes nos observations se ressemblent sous ce rapport, elles sont calquées sur le même modèle, et la succession des phénomènes morbides s'est faite presque dans le même ordre chez tous nos malades.

II. Période d'état. — Cette phase de la maladie succède immédiatement à la précédente dont la durée ne dépasse jamais quelques heures. Elle est caractérisée par un certain nombre de symptômes que, pour la commodité et la clarté de la description nous diviserons, en symptômes physiques et symptômes fonctionnels. Nous étudierons ensuite les symptômes généraux et parmi ceux-ci nous insisterons sur la fièvre dont la marche dans cette maladie est tout à fait digne d'intérêt.

Symptômes tonctionnels.

Le point de côté, que nous avons signalé déjà, devient de plus en plus intense dans cette seconde période. Les cas sont rares ou on le voit disparaître quelques heures après le début; on en a néanmoins signalé des exemples; pour notre part, nous ne l'avons jamais observé.

Le point de côté est presque constant dans l'affection qui nous occupe; nous l'avons rencontré dans toutes nos observations. Il peut n'apparaître que tardivement de 6 à 12 heures après le frisson initial, en général on le voit apparaître après les premiers phénomènes morbides.

Son intensité est variable : le plus souvent, on peut s'en convaincre en parcourant nos observations, il est extrémement violent, et joue d'après certains auteurs, un rôle considérable dans la production de la dyspnée qui rentrerait dès lors dans le cadre des Dyspnées d'origine réfllexe. Nous verrons bientôt, qu'il n'entre pas tout seul en cause dans la pathogénie de l'oppression.

Son siège est variable : le plus ordinairement fixe, il peut présenter des irradiations multiples et ne revêtir parfois que le caractère de douleurs thoraciques vagues et diffuses: nous en avons observé des exemples.

On le trouve en général du même côté que la lésion, mais on l'a observé du côté opposé sans qu'on puisse s'expliquer la cause de cette anomalie. Parfois même, il occupe les deux côtés de la poitrine.

Ordinairement, on le verra dans nos observations, il est localisé dans la région sous-mamelonnaire,au niveau du quatrième espace intercostal, mais nous l'avons, plus rarement il est vrai,

rencontré au niveau du sixième espace, dans la région hépatique ou dans la fosse sous-épineuse.

Dans quelques cas, nous avons pu constater que tout l'hémitorax du côté malade était le siège de douleurs sourdes, vagues et diffuses.

Les irradiations douloureuses sont relativement peu fréquentes; ce qu'on rencontre le plus souvent, ce sont des irradiations vers l'appendice xyphoïde ou vers les insertions diaphragmatiques.

Mais, s'agit-il bien ici de douleurs irradiées? ne s'agit-il pas plutôt de douleurs attribuables à la toux, en tous points analogues à celles qu'on rencontre dans les affections tussigènes du poumon? Nous nous rattachons plus volontiers à cette dernière hyppothèse.

Les caractères de cette douleur sont à peu près les mêmes dans tous les cas. C'est une douleur aigüe, vive, en coup de canif qui s'exaspère par les mouvements respiratoires, (d'ou immobilisation réflexe de l'hémithorax atteint) exagérée par la toux, exaspérée enfin par la pression, ou la percussion loco dolenti.

Jamais nous n'avons rencontré chez nos malades les trois points de Valleix, symptomatiques d'une névralgie intercostale.

Le point de côté persiste assez longtemps suivant les cas. On peut le voir apparaître au moindre effort, longtemps même après la guérison. Il cède en général rapidement à un traitement approprié et surtout aux ventouses scarifiées.

La pathogénie de ce symptôme est encore très obscure. S'agit-il ici d'une névralgie intercostale, d'une névrite intercostale, ou d'une congestion de nerf?

L'absence des symptômes classiques de la névralgie intercostale nous fait tout d'abord rejeter l'hypothèse d'une névralgie. L'évolution rapide de ce phénomène, l'absence de troubles

trophiques et de zona nous permettent également de repousser la théorie névritique. Nous ne croyons pas non plus qu'il s'agisse d'une congestion simple du nerf, car dans ce cas, comment admettre et comment expliquer qu'un seul nerf soit atteint à l'exclusion de tous les autres ?

Ce qu'il est vrai de dire, c'est qu'à l'heure actuelle nous ignorons complètement la cause de ce phénomène; nous constatons la fréquence du fait dans la maladie qui nous occupe sans pouvoir toutefois en trouver une explication satisfaisante.

La dyspnée est également l'un des symptômes les plus constants : nous l'avons observée, chez tous nos malades.

Elle peut se présenter avec tous les degrés, depuis la gêne légère de la respiration jusqu'à l'orthopnée la plus complète (Obs. XI).

Ordinairement, elle est très marquée, et l'on peut compter 50, 60 et même, chiffre extrême, 70 inspirations à la minute.

Ce symptôme est l'un des premiers, qui, avec le point de côté disparait après l'application des ventouses scarifiées. Il reparait, du reste, lorsque survient une récidive (Obs IV).

Les causes de la dyspnée peuvent être rangées sous deux chefs principaux. Tantôt il s'agit d'une dyspnée réflexe, les mouvements respiratoires un peu amples, réveillant le point de côté, le malade, à son insu même, cherche à diminuer l'amplitude des mouvements, et dès lors, se trouve constituée la dyspnée.

Tantôt, la dyspnée est occasionnée par les troubles de l'hématose. Par le fait de la congestion une partie, ou totalité d'un poumon ne peut plus remplir ses fonctions, et, dès lors, pour suppléer à cette gêne de l'hématose il est nécessaire que cette fonction soit plus souvent renouvelée : d'où dyspnée,

Peut être enfin pourra-t-on un jour faire jouer un rôle à l'élément toxique dans la pathogénie de cette dyspnée ?

La toux est moins fréquente que les deux premiers symptômes. Lorsqu'elle existe, elle est pénible, quinteuse, quelquefois sèche, quelquefois accompagnée de retentissements douloureux dans le côté de la poitrine où siège le point de côté. Elle amène en général le rejet de crachats dont les caractères sont presque pathognomoniques de l'affection qui nous occupe.

On doit considérer la toux comme produite par l'irritation des filets pulmonaires du pneumogastrique par l'hypérémie pulmonaire.

L'abondance des crachats est assez considérable. En 24 heures, le malade remplit un ou deux crachoirs d'un liquide aqueux, transparent et non-adhérent au vase dans lequel il se trouve.

L'abondance de l'expectoration peu considérable le premier jour atteint son maximun le quatrième jour au moment de la défervescence.

Dans le crachoir on trouve tout d'abord une couche de mousse de 2 à 3 centimètres d'épaisseur. Au-dessous se trouve le liquide transparent albumineux ou gommeux au milieu duquel on voit flotter des filaments grisâtres.

Dans quelques cas nous avons trouvé des crachats striés de sang, mais le fait est peu fréquent, jamais nous n'avons retrouvé de crachats rouillés et visqueux analogues à ceux de la pneumonie.

Nous avons pu constater du reste, que les caractères de l'expectoration étaient essentiellement variables suivant les années et suivant les épidémies (s'il nous est permis de parler de la sorte). C'est ainsi que dans le courant de cette année l'expectoration était peu abondante et plus consistante que l'année précédente.

Il est probable, du reste, que les caractères de l'expectora-

tion doivent varier avec les microbes que l'on y rencontre. Le temps nous a manqué pour nous convaincre de ces faits qui viendront sans aucun doute confirmer à brève échéance les recherches des bactériologistes.

En résumé, nous voyons donc, qu'il n'existe pas de symptômes fonctionnels vraiment pathognomoniques de la congestion idiopathique du poumon ; l'intensité du point de côté, l'intensité de la dyspnée et les caractères de l'expectoration sont cependant de bons éléments de diagnostic, mais, à eux seuls, ils ne permettent pas de reconnaître la maladie de Woillez. Il faut passer à l'examen physique du malade pour acquérir cette certitude.

Symptômes physiques. — Les signes physiques tiennent dans la maladie de Woillez la première place ; ce sont eux qui viennent confirmer le diagnostic qu'avait fait seulement entrevoir l'examen des symptômes fonctionnels.

Nous allons les passer successivement en revue.

Inspection. — Elle permet tout d'abord de se rendre compte de la dyspnée et du type respiratoire. Très souvent, on le voit dans nos observations, nous avons pu constater que le côté malade était à peu près immobilisé; ou que, si les mouvements respiratoires existaient de ce côté, ils étaient moins amples que du côté opposé.

Les mouvements du diaphragme eux-mêmes sont inégaux des deux côtés, et ceux du côté malade sont moins amples que ceux du côté sain.

Il s'agit vraisemblablement ici d'une immobilisation réflexe du côté malade dans le but d'éviter la douleur produite ou exaspérée par les mouvements respiratoires.

En général, on constate que le côté malade est plus volumineux que le côté sain. Cette augmentation de volume sur laquelle insiste tout particulièrement Woillez est moins appa-

rente qu'elle ne l'est en réalité. On peut s'en rendre un compte exact au moyen du cytomètre ou de la simple mensuration. On trouve ainsi une augmentation de 1 à 2 centimètres en faveur de l'hémithorax malade. L'ampliation bi-manuelle ne donne guère que des renseignements approximatifs.

Malgré les assertions de Hamon, nous avons pu nous convaincre que bien souvent l'appendice xyphoïde était légèrement dévié de 1 à 1 1/2 centimètre du côté malade : le signe du cordeau de Pitres nous a donné fréquemment de précieux renreignements à ce sujet.

Cette ampliation hémithoracique est vraisemblablement due à l'augmentation de volume du poumon par le fait de la congestion.

Dans quelques cas, nous avons rencontré le tirage sus-sternat, mais il est toujours peu marqué. C'est en général dans les formes graves, asphyxiques, qu'on le rencontre.

Le rythme respiratoire est peu modifié; les deux temps sont presque égaux, mais cette durée réciproque des deux temps est peu appréciable à la simple inspection.

Palpation. — La densité du parenchyme pulmonaire se trouvant augmentée, il est naturel de prévoir que les vibrations thoraciques se trouvent exagérées. C'est, en effet, ce qui se passe dans la généralité des cas.

Pour les mêmes raisons, l'accroissement des vibrations thoraciques coïncide toujours avec la diminution de la sonorité. Mais comme la submatité, dont les limites, nous le verrons, sont toujours extrêmement diffuses, les vibrations thoraciques sont exagérées dans une zône qu'il est impossible de limiter franchement.

Il existe néanmoins des cas dans lesquels des explorations répétées chaque jour font percevoir, tantôt l'augmentation, tantôt la diminution des vibrations thoraciques.

On peut dire d'une manière générale que la congestion a pour effet d'augmenter les vibrations thoraciques; toutefois, les exceptions à cette loi sont vraiment trop fréquentes pour que le signe puisse avoir une réelle valeur.

Lorsque, par exception, ces vibrations sont diminuées (obs. I), elles ne reparaissent pas brusquement avec leur intensité normale au niveau du point ou reparait la sonorité thoracique, mais la main peut, en montant avec lenteur, ou en descendant suivant le siège de l'hypérémie, les sentir augmenter d'une façon graduelle et on ne les voit jamais présenter cette zône d'exagération observée à la limite supérieure du liquide dans les épanchements pleuraux.

Percussion. — « Il n'existe jamais, dit Woillez, dans la congestion idiopathique de matité proprement dite ».

Le plus souvent, en effet, ce que nous avons observé, c'est la submatité. Cette submatité ne cesse pas brusquement; ses limites sont diffuses, vagues et se confondent par nuances insensibles avec la sonorité avoisinante.

Elle siège, en général, dans la moitié ou les deux tiers inférieurs du poumon, le plus souvent en arrière.

En avant, au contraire, et le plus ordinairement dans la fosse sous-claviculaire, on trouve une sonorité presque tympanique qui, constatée en même temps que la diminution du murmure vésiculaire et l'exagération, constitue le schéma suivant :

R —
V +
S +

répondant de la sorte au schéma que Grancher considère comme symptomatique d'un état congestif du poumon. La submatité, du reste, légère au début de la maladie augmente rapidement jusqu'au quatrième jour et à partir de ce moment-là diminue d'une manière extrêmement lente.

Mourmaux et Duchambre ont constaté chez les vieillards une intégrité remarquable de la sonorité thoracique : à quoi cela tient-il? Les auteurs ne l'expliquent point. Comme il ne nous a point été donné d'observer des cas de ce genre, nous ne saurions nous permettre de les critiquer.

Si l'un des poumons est intact on trouve, de ce côté, la sonorité dite compensatrice ou supplémentaire qui correspond à la suractivité fonctionnelle de cet organe.

Auscultation. — C'est l'un des moyens qui nous fournit les symptômes les plus importants et les plus nombreux.

Ces signes, en effet, sont extrêmement variables puisqu'ils vont de la diminution du murmure vésiculaire, à la respiration rude et soufflante, du râle sous-crépitant au râle humide à grosses bulles.

L'oreille appliquée sur la paroi thoracique nous permet d'apprécier tout d'abord la fréquence des mouvements respiratoires ou la dyspnée dont nous avons déjà parlé.

L'on peut constater d'autre part la durée réciproque des deux temps de la révolution respiratoire.

Woillez, le premier, a attiré l'attention sur l'expiration prolongée qui, d'après lui, est presque constante dans le cours de la congestion idiopathique du poumon. Le fait est vrai et chez presque tous nos malades nous avons trouvé l'expiration égale à l'inspiration.

L'inspiration est en général très courte. La respiration peut être faible et obscurcie du côté malade, mais le fait nous a paru rare, tout au moins au niveau des zônes hypérémiques. Il n'en est plus de même, au sommet du poumon, où l'on retrouve les trois signes constitutifs du schéma de congestion du sommet de M. Grancher.

Ce phénomène serait, de l'avis de M. Woillez, en rapport avec les douleurs thoraciques.

La respiration exagérée est de beaucoup plus fréquente. On la retrouve ordinairement très marquée du côté non atteint où elle répond à un véritable schéma de suppléance R + V + S +.

La respiration granuleuse est aussi fréquente. Elle est assez difficile à distinguer de la précédente : elle donne à l'oreille une sensation toute particulière qu'il est plus facile d'apprécier que de définir. Elle semble liée aux phénomènes de résolution et correspond à la disparition du souffle de congestion établissant ainsi une transition entre celui-ci et le rythme normal.

La respiration soufflante est fréquente. Nous l'avons observée dans presque tous nos cas mais plus particulièrement chez certains de nos malades (obs. IV).

Le souffle doux est le plus fréquent de ces symptômes. Il ne revêt ni le timbre rude tubaire du souffle pneumonique, ni le timbre voilé, lointain du souffle pleurétique.

Il succède en général à la respiration soufflante, qui prend de nouveau sa place lorsque la congestion entre en voie de résolution. On le trouve dans deux temps de la respiration ; il est presque localisé dans la zône submate et va s'affaiblissant progressivement, à mesure qu'on s'en éloigne.

Jamais nous n'avons rencontré chez nos malades, ni le souffle tubaire, ni le souffle caverneux.

On trouve également dans le cours de la congestion pulmonaire, des râles de nature variable : humides ou sous-crépitants, sonores ou crépitants.

On verra, au chapitre de l'anatomie pathologique que l'on trouve dans les bronches et dans les alvéoles un exsudat abondant; rien d'étonnant dès lors, de voir apparaître ces bruits particuliers symptômatiques de l'encombrement broncho-alvéolaire.

Les râles sonores ronflants et sibilants sont peu fréquents dans la congestion idiopathique du poumon. On les rencontre soit au

niveau du foyer congestif, soit autour de ces noyaux, soit dans toute l'étendue du poumon; ils s'entendent aux deux temps de la respiration.

Le râle crépitant est assez fréquent : il est à peu près identique quoique plus retentissant, celui de la pneumonie s'entend à la fin des fortes inspirations et correspond à la zône de matité. Il est mobile et disparaît en général assez rapidement.

Le râle sous-crépitant est de beaucoup plus fréquent. Il est irrégulier, change de tonalité dans le cours d'une même inspiration ou de deux inspirations succesives. Il s'entend aux deux temps de la respiration. On le trouve également dans la zône de submatité.

Mais de tous ces bruits bronchiques anormaux, c'est le râle muqueux à bulles moyennes qui est de beaucoup, le plus fréquent. Il est, en général, localisé à la région hypérémiée et revêt l'aspect, dit en chapelets.

Quant à l'auscultation de la voix et de la toux, elle ne nous donne pas de renseignements importants : on ne trouve ni égophonie, ni pectoriloquie aphone. Parfois, on rencontre la bronchophonie, mais toujours très légère et aussi un caractère tout spécial qu'on désigne sous le nom de voix soufflée; l'articulation de la voix est suivie d'un petit souffle très court qui semble être un écho de la résonnance vocale ; ce phénomène a été décrit minutieusement par Serrand.

En résumé, nous le voyons, les signes physiques de la congestion idiopathique du poumon sont nombreux. Parmi les plus importants nous rangerons : l'ampliation thoracique, l'exagération des vibrations thoraciques et la submatité. Quant aux symptômes que nous révèle l'auscultation on peut les ranger dans l'ordre suivant :

Statistiques de	Woillez	Bourgeois	Moringlane
Expiration prolongée	36 0/0	36 0/0	90, 9 0/0
Râles humides à bulles moyennes	14 »	44 »	81, 8 »
Râles sous-crépitants	» »	» »	72, 7 »
Respiration soufflante	18 »	22 »	63, 6 »
Souffle doux	» »	» »	54, 5 »
Râles ronflants et sibilants	38 »	44 »	27, 2 »
Respiration rude granuleuse	18 »	22 »	27, 2 »
Râles crépitants	» »	» »	18, 1 »
Respiration faible	54 »	64 »	9, »

Ce qui frappe surtout parmi les caractères de ces signes physiques c'est leur mobilité ; on est tout étonné de voir ces symptômes varier du jour au lendemain, Woillez et Monneret l'avaient fort bien remarqué.

Symptômes généraux. — Parmi ces symptômes, c'est la fièvre qui occupe la première place.

Le thermomètre monte généralement d'emblée à 39° ou 40° et, arrivé à ce point, la température oscille de un, deux ou trois dixièmes de dégrès dans la journée.

Ordinairement très élevée (9 fois sur 11 cas) la température atteint 40°, 40°6, deux fois seulement nous l'avons vu osciller entre 39° et 39°8

Une seule fois, nous avons vu la température atteindre en deux jours le point maxima par une courbe régulièrement ascendante ; le plus souvent, la ligne d'ascencion est brusque, en 12 ou 24 heures le thermomètre atteint 40°.

La chute se fait en général du troisième au quatrième jour (6 fois au quatrième jour, 5 fois au troisième jour).

Lorsqu'elle se fait au troisième jour il semble que le traitement y soit pour beaucoup.

La chute de la température se fait brusquement, jamais nous ne l'avons vu se faire en lysis.

Dans les tracés on pourra se rendre compte de toutes ces particularités.

En même temps que la fièvre, on voit apparaître tout son cortège symptômatique : pouls petit, fréquent (100 à 120 à la minute), soif vive, bouche pâteuse, amère, langue saburrale. Les urines sont rares, rouges, sédimenteuses. L'analyse des urines, pratiquée une seule fois par M. le docteur Carrière a révélé : l'augmentation du taux de l'urée et des urates, la diminution des chlorures, des phosphates, l'existence d'albumine non rétractile dans ce liquide.

Il s'agissait à vrai dire d'un cas grave qui se termina par la mort (Obs XI).

On observe souvent, au moment de la défervescence une crise polyurique qui, avec la transpiration abondante, constituent des phénomènes véritablement critiques de la maladie.

Dans le cours de la maladie, l'anorexie est généralement à peu près complète ; jamais nous n'avons observé de diarrhée.

III. Terminaison. — Le plus souvent on constate que sous l'influence d'une thérapeutique énergique et appropriée les symptômes fonctionnels, et plus particulièrement la dyspnée, le point de côté et la fièvre disparaissent brusquement. Il n'en est pas de même des symptômes physiques qui sont de beaucoup les plus persistants. L'exagération des vibrations thoraciques va en diminuant progressivement, ainsi que la submatité; celle-ci persiste mais de moins en moins intense trois semaines ou un mois après le début de la maladie.

Le souffle doux disparaît de bonne heure, et se trouve remplacé par des râles sous-crépitants, bulbeux ou ronflants qui persistent souvent de huit à douze jours après la disparition des symptômes fonctionnels.

La toux disparaît en général vers le dixième ou quinzième

jour; l'expectoration diminue de plus en plus, et disparaît vers le quinzième jour. Le malade se considère généralement comme complètement guéri du huitième au dixième jour après le début de la maladie.

Mais, si la terminaison de beaucoup, la plus fréquente est la guérison, il n'en est pas toujours ainsi. Dans une de nos observations (VI) on a pu voir l'infection pneumococcique se greffer sur le terrain qui lui était préparé par la congestion pulmonaire. La pneumonie dans ce cas a revêtu ses caractères pathognomoniques et le doute n'est point permis ; les signes d'invasion furent ceux de la pneumonie, la terminaison fut heureuse. Dans un autre cas nous avons observé la terminaison fatale ; dans ce cas, signes fonctionnels, signes généraux allèrent s'aggravant, la température alla en augmentant et la mort survint au cinquième jour au milieu de phénomènes asphyxiques : le sujet était alcoolique.

Dans un autre cas, enfin, nous avons observé une récidive au quatrième jour à la suite d'une imprudence du malade ; la température remonte brusquement mais sans dépasser 39° : les frissons reparurent ainsi que le souffle et la terminaison se fit par guérison au sixième jour.

Essayons maintenant de tracer en quelques lignes le tableau clinique de la maladie.

Un homme robuste et vigoureux éprouve un refroidissement ou un traumatisme. Il rentre chez lui le soir, envahi par un malaise vague et indéfinissable, courbaturé. Il se met au lit, ressent des frissonnements nombreux de une heure environ de durée. La fièvre s'allume, le pouls devient rapide, le thermomètre monte, en quelques heures à 39°5 — 40°. La respiration s'embarrasse devient haletante. En même temps apparaît un point de côté ; de siège et d'intensité variable, exaspéré par la toux, les mouvements respiratoires ou la pression.

Le lendemain matin la fièvre continue oscille entre 40° et 40°5, la fièvre est vive, la langue saburrale.

Le point de côté persiste, la dyspnée devient intense, la face est violacée. la toux apparaît sèche et quinteuse elle est suivie d'une expectoration abondante, claire, transparente, filante, albumineuse, très aérée.

D'un côté de la poitrine on trouve l'ampliation de l'hémithorax, l'exagération des vibrations thoraciques, une zone de submatité à limites diffuses. En cette région on trouve la respiration soufflante ou rude et granuleuse, puis un peu plus tard, on voit apparaître un souffle doux, avec quelques râles sous-crépitants. La voix revêt le caractère soufflé. Ces signes varient du jour au lendemain. Deux jours après, sous l'influence d'une thérapeutique énergique, point de côté, dyspnée, fièvre, disparaissent brusquement. La submatité persiste mais va en diminuant, les vibrations thoraciques redeviennent progressivement normales. Le souffle disparaît, la respiration redevient soufflante et rude mêlée de râles sous-crépitants, de râles humides à bulles moyennes, où de râles ronflants. Puis les signes stéthoscopiques disparaissent assez lentement, en trois semaines ou un mois.

Telle est en général l'évolution normale de la congestion idiopathique du poumon, telle que nous l'avons observée.

Pronostic. — La congestion idiopathique du poumon est une affection relativement bénigne. La guérison survient en général du troisième au quatrième jour.

Néanmoins, nous l'avons vu (Obs. XI), la terminaison peut être fatale.

La gravité de la maladie tient vraisemblablement à deux causes :

(*a*) A l'intention et à la violence de l'infection causale.

(*b*) Au terrain sur lequel évolue la maladie.

Le malade qui a succombé était un alcoolique invétéré. C'est donc en se basant sur ces données que le praticien pourra établir presque à coup sûr son pronostic.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

I. L'intensité du point de côté peut faire penser au début de la maladie à une névralgie intercostale aigüe.

Le point de côté de la congestion idiopathique du poumon revêt toujours, d'après Woillez, les caractères névralgiques.

Il n'en est rien, et c'est en vain que chez nos malades nous avons recherché les points classiques de Woillez.

L'apyréxie, l'existence de ces points douloureux, l'absence de troubles respiratoires, permettent aisément de reconnaître la névralgie.

II. Il en est de même de la pleurodynie, affection apyrétique ne s'accompagnant jamais de phénomènes généraux.

La douleur de côté est le seul symptôme dans cette affection. On ne trouve jamais ni toux, ni expectoration. La percussion permet de constater l'intégrité de la sonorité thoracique, l'auscultation, lève tous les doutes.

III. Dans la bronchite aigüe nous retrouvons un certain nombre de symptômes de la congestion idiopathique du poumon.

Mais ici, la fièvre est plus persistante, et aussi moins élevée. Le point de côté est nul ou tout a fait insignifiant, toujours très vague. La toux est fréquente, l'expectoration est muco-purulente, opaque, on ne trouve pas de submatité proprement dite ; les vibrations thoraciques sont intégralement conservées. On trouve à l'auscultation des râles secs ou humides de volume assez fort.

Enfin, la terminaison est graduelle et ne se fait pas brusquement comme dans la congestion pulmonaire.

IV. Lorsque la dyspnée est très vive et les râles muqueux généralisés on peut croire au développement. Il faudra bien souvent attendre l'évolution de la maladie pour lever tous les doutes.

Le véritable intérêt, et la véritable difficulté, sont d'arriver à différencier sûrement la congestion idiopathique du poumon, de la pleurésie aigüe, la bronchite capillaire, la bronchopneumonie, la spleno-pneumonie, et surtout, la pneumonie franche aigüe.

Cette difficulté est très aisée à concevoir, puisque les symptômes physiques sont bien souvent les mêmes, au moins dans la période de début de ces affections.

On comprend facilement cette difficulté lorsqu'on pense que les conditions acoustiques dans lesquelles se trouvent le poumon congestionné sont à peu près les mêmes que celles dans lesquelles il se trouve dans le cours de ces différentes affections.

Pour faciliter cette distinction, nous avons essayé de résumer dans les tableaux suivants les caractères différentiels de ces différentes affections.

V. Bronchitte Capillaire	Maladie de Woillez
Début brusque dans le cours d'une Bronchite aigüe.	Début brusque au milieu d'une santé parfaite.
Pas de frissons.	Frissonnements.
Pas de points de côté.	Point de côté.
Dyspnée très intense, phénomènes asphyxiques.	Dyspnée intense.
Fièvre vive.	Fièvre intense.
Pas d'ampliation thoracique.	Ampliation thoracique.
Sonorité normale ou tympanique.	Submatité.
Vibrations normales.	Vibrations exagérées.
Râles sibilants et sous-crépitants fins. — Bruits de tempête.	Râles humides, bulleux.
Pas de souffle.	Pas de bruits de tempête.
	Souffle doux.

On trouve donc une foule de symptômes qui permettent aisément de faire le diagnostic.

VI. Broncho-Pneumonie	Maladie de Woillez
Début progressif, insidieux.	Début brusque.
Précédée de bronchite.	Non précédé de bronchite.
Pas de frissons.	Frissonnements.
Pas de points de côté.	Point de côté.
Fièvre vive.	Fièvre vive.
Dyspnée intense.	Dyspnée intense.
Toux pénible, intense, sèche, quinteuse,	Toux moins fréquente.
Sonorité normale ou tympanique.	Submatité diffuse.
Vibrations normales.	Vibrations exagérées.
Râles sous-crépitants fins.	Râles sous-crépitants,le plus souvent muqueux.
Quelquefois respiration soufflante.	Respiration soufflante.
Terminaison lente.	Terminaison rapide.

VII. Spleno-Pneumonie	Maladie de Woillez
Début brusque.	Début brusque.
Frissons.	Frissonnements.
Point de côté.	Point de côté.
Fièvre vive.	Fièvre vive.
Dyspnée.	Dyspnée.
Toux.	Mêmes caractères.
Expectoration.	Mêmes caractères.
Ampliation thoracique.	Ampliation moins nette.
Matité et résistance au doigt.	Submatité sans résistance au doigt avec limites diffuses.
Bien limitée.	
Vibrations diminuées ou abolies.	Vibrations exagérées.
Abolition ou diminution du murmure vésiculaire.	Respiration soufflante.
Souffle voilé, aigü, lointain.	Souffle doux.
Pas de râles.	Râles humides, sous-crépitants.
Broncho-égophonie.	Pas de broncho-égophonie.
Pectoriloquié aphone.	Pas de pectoriloquie.
Frottements pleuraux à la base.	Pas de frottements.
Durée plus longue.	Durée courte.

Si donc, comme on peut le voir dans ce tableau synoptique, le début et les signes fonctionnels se ressemblent dans ces deux affections, il n'en est pas de même des signes physiques qui diffèrent complètement dans ces deux maladies; c'est en se basant sur l'examen minutieux et détaillé de ces signes physiques qu'on pourra établir le diagnostic entre la maladie de Woillez et celle de Grancher.

VIII. Pleurésie aigue	Maladie de Woillez
Début progressif.	Début brusque.
Ascension progressive de la courbe thermique.	Brusque ascension de cette courbe.
Frissonnements.	Frissonnements.
Point de côté.	Point de côté.
Dyspnée moins intense.	Dyspnée vive.
Toux sèche peu fréquente.	Mêmes caractères.
Expectoration presque nulle.	Expectoration gommeuse abondante.
Ampliation thoracique très appréciable.	Ampliation thoracique moins nette.
Vibrations abolies.	Vibrations exagérées.
Matité avec ligne de niveau parfaitement limitée.	Submatité à limites diffuses.
Abolition du murmure vésiculaire.	Respiration rude, soufflante,
Souffle voilé, lointain, aigü.	Souffle doux.
Frottements.	Pas de frottements.
Pas de râles.	Râles multiples.
Bronchophonie, égophonie, pectoriloquie aphone.	Aucun de ces signes.
Durée : 15-20-25 jours en moyenne.	Durée : 5 jours.

Si le début de l'affection est ici à peu près le même dans les deux cas les symptômes fonctionnels et les symptômes physiques nous permettront ici d'éviter une erreur du diagnostic.

IX. Le diagnostic le plus difficile au deuxième et au troisième jour de la maladie est sans contredit celui qu'il convient d'éta-

blir entre la congestion idiopatique du poumon et la pneumonie franche aigüe.

Nous allons néanmoins essayer de l'établir :

X. Pneumonie	Maladie de Woillez
Début brusque, solennel.	Début brusque, non solennel.
Frisson unique, prolongé.	Frissons multiples.
Point de côté moins net.	Point de côté très net.
Dyspnée moins intense.	Dyspnée intense d'éniblée.
Toux fréquente.	Toux sèche, quinteuse.
Crachats visqueux rouillés.	Crachats albumineux, non rouillés
Fièvre à ascension rapide.	Même caractère.
Symptômes généraux très marqués.	Symptômes généraux moins violents
Peu d'ampliation thoracique.	Ampliation thoracique marquée.
Vibrations très exagérées.	Vibrations moins nettement exagérées.
Matité absolue.	Submatité.
Râles crépitants.	Râles sous-crépitants.
Souffle tubaire.	Souffle doux.
Râles crépitants de retour.	Râles humides.
Durée : 8 jours.	Durée : 4 jours.

En résumé nous voyons que c'est seulement après un examen attentif du malade que le clinicien sera en mesure de porter son diagnostic. Ce diagnostic bien établi est, en effet, absolument nécessaire et pour le pronostic, et pour la thérapeutique qu'on devra instituer.

Si en effet nous n'avons point de traitement qui, à l'heure actuelle, soit susceptible de modifier efficacement la pneumonie aigüe, il n'en est pas de même de la congestion idiopathique du poumon. Il est peu de maladies, nous le verrons, tout à l'heure où une thérapeutique sagement instituée soit susceptible de déterminer une amélioration aussi notable et aussi définitive que la maladie de Woillez.

Anatomie pathologique.

Les lésions anatomo-pathologiques de la congestion idiopathique du poumon sont encore à l'heure qu'il est bien imparfaitement connues.

Cela tient invraisemblablement à la bénignité même de la maladie : l'on a peu souvent, en effet, l'occasion d'examiner post-mortem les poumons de ces malades. Esquissée par Woillez, la description de ces lésions a été néanmoins minutieusement tracée au point de vue histologique par Virchow.

Ayant eu l'occasion de pratiquer l'autopsie d'un malade mort de congestion pulmonaire dans le service de M. le professeur Pitres (obs. XI). M. le docteur Carrière, chef de clinique, a pu examiner microscopiquement le poumon de ce malade.

Il a bien voulu nous communiquer le résultat de ses recherches, et nous l'en remercions vivement.

Nous reproduisons intégralement ici les renseignements qu'il a bien voulu nous donner lui-même.

Autopsie du 29 janvier 1895, vingt-neuf heures après la mort.

Pas d'adhérence des poumons, à la paroi thoracique, pas de traces d'épanchement dans l'intérieur de la cavité pleurale.

Les poumons ont leur volume légèrement augmenté : ils sont tendus et lisses à leur surface, à l'étroit dans la cage thoracique.

Leur coloration est rouge, violacée par plaques. Ils ne crépitent que fort mal, et ne surnagent point. A la coupe d'un

brunâtre rouge foncé, ou même noirâtre par places, s'écoulait un sang noir, peu aéré, couleur de suie délayée. La pression ne fait pas sourdre de pus des bronches.

Le parenchyme pulmonaire se laisse pénétrer facilement par le doigt qui, en certains points, détermine une dépression qui persiste.

Les bronches présentent une coloration rouge et renferment un exsudat muqueux et transparent.

Sur des coupes pratiquées après fixation par l'alcool sublimé, durcissement dans l'alcool et inclusion à la paraffine, nous avons pu étudier les lésions histologiques. Les parois bronchiques et l'endothelium qui les revêt sont intacts, mais la cavité de la bouche est remplie par un exsudat composé d'une substance transparente semblable à la mucine au milieu de laquelle on trouve des débris de globules rouges déformés, des globules blancs et des débris cellulaires presque méconnaissables.

L'artère pulmonaire est, en certains points, entourée de leucocytes sortis par diapédèse de sa cavité.

Les travées inter-alvéolaires sont épaissies, les vaisseaux qui rampent dans leur intérieur sont dilatés, gorgés de sang, bourrés de globules rouges.

Les cellules épithéliales qui tapissent les alvéoles, sont tuméfiées, turpides, granuleuses ou même vésiculeuses, et ne renferment plus qu'un noyau fort mal coloré : certaines de ces cellules sont presque sphériques.

La cavité alvéolaire est bourrée de globules rouges tassés les uns contre les autres. On y trouve également une assez grande quantité de globules blancs à contenu très granuleux, et à noyaux très colorés; certains de ces leucocytes sont polynuclées.

On y rencontre enfin des cellules endothéliales de la paroi

desquamées, les unes ayant subi la tuméfaction trouble, les autres renfermant deux ou plusieurs noyaux.

En résumé, l'on peut dire que les lésions de la congestion idiopathique du poumon semblent essentiellement constituées :

(*a*) Par la tuméfaction trouble et la desquamation de l'endothélium alvéolaire; (*b*) par l'hypérémie artérielle et veineuse; (*c*) par la réplétion des alvéoles encouchées par des hematies, des leucocytes et des cellules endothéliales desquamées.

Etiologie. — Pathogénie.

Quelles sont les causes qui sont susceptibles de déterminer la congestion idiopathique du poumon chez l'adulte? Elles sont fort peu nombreuses : les unes tiennent peut-être à la constitution même de l'individu, les autres précèdent immédiatement l'apparition des phénomènes morbides; ce sont les causes déterminantes.

Causes prédisposantes. — La congestion idiopathique est en somme une affection relativement fréquente, puisque nous avons pu en recueillir onze observations, dans un laps de temps assez restreint, sans compter les cas qu'il ne nous a pas été permis de consigner, le temps nous manquant.

Il ne se passe point d'années dans un service hospitalier ou dans la clientèle sans qu'on en observe 10 à 15 cas.

De beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme, la congestion pulmonaire, fréquente chez l'enfant (Cadet de Gassicourt-Hourmann) est surtout une affection de l'âge adulte, 25 à 30 ans. Cela tient, vraisemblablement à ce que l'homme adulte est plus particulièrement exposé aux causes susceptibles de déterminer l'apparition de cette maladie.

On a beaucoup discuté pour savoir à quelle époque de l'année on observait le plus souvent la maladie de Woillez. Toutes les statistiques sont ici en désaccord; les unes admettent que c'est au mois de mars; les autres au mois de mai, d'autres enfin, au mois de juin.

Woillez, Cadet de Gassicourt, pensent que c'est au printemps qu'on observe le plus souvent cette affection. Pour notre part, il nous a semblé que c'était, en effet, à la fin de l'hiver et dans le cours du printemps qu'on trouve le plus souvent la congestion idiopathique, sans qu'il y ait rien d'absolu dans cette affirmation.

Causes déterminantes. — Si nous cherchons à pénétrer dans les antécédents de nos malades, nous voyons que presque constamment, l'on trouve comme point de départ de cette maladie, soit un refroidissement, soit un traumatisme.

Le rôle du refroidissement a été pendant longtemps considérable dans la pathogénie des affections des organes respiratoires. Le vulgaire l'a si bien compris que l'on désigne encore bon nombre de ces maladies sous le terme générique de « sang glacé ».

Nous essaierons, tout à l'heure, d'interpréter au point de vue pathogénique le role du refroidissement. Il est un fait bien certain, à l'heure actuelle c'est que, dans bon nombre de cas, nous trouvons le refroidissement comme cause immédiate de la maladie de Woillez.

Tantôt, c'est un homme qui, le corps tout en sueur, boit un verre d'eau glacée : peu de temps après il commence à ressentir un malaise indéfinissable, il s'agite, les frissons apparaissent et la maladie est déclarée. Il s'agit ici d'un véritable refroidissement interne. Tantôt, c'est un individu qui, dans les mêmes conditions, tombe à l'eau, s'expose à un courant d'air, reçoit pendant quelque temps une pluie torrentielle ou le jet d'une pompe à vapeur, ou se couche tout en sueur sur la terre refroidie (refroidissement externe).

En résumé, on le voit donc, le froid peut agir de deux façons bien différentes, à l'intérieur ou à l'extérieur : c'est aussi ce qui se passe dans bon nombre d'affections des organes respira-

toires aussi bien pour la pleurésie que pour la pneumonie aigüe.

Le traumatisme ne vient qu'en seconde ligne (obs. II). Comment peut-il agir? Nous le verrons tout à l'heure. On a beaucoup discuté sur ce sujet, mais ces discussions n'ont point éclairé la question d'un jour nouveau. Ce qu'il y a de certain, c'est que dans notre observation II, un homme, après une chute sur le côté droit, a été pris dans les douze heures qui ont suivi d'une congestion idiopathique.

On a incriminé encore les insolations et les coups de soleil, les efforts violents et les impressions morales vives : jamais, il ne nous a été donné d'observer et d'étudier des faits de cette nature.

Nature de la maladie. — Nous entrons ici dans le chapitre le plus obscur de notre étude.

Quelle est la cause intime de la maladie? La congestion idiopathique du poumon constitue-t-elle, comme le croyait Woillez, une manifestation de la fièvre éphémère dont elle ne serait qu'une variété particulière? Cette question est bien difficile à résoudre dans certains cas, car qui dit, que parfois la fièvre éphémère n'est pas elle-même une manifestation de la congestion qui passe inaperçue.

Les signes stéthoscopiques qui persistent même longtemps après la disparition de la fièvre doivent faire considérer la maladie comme ayant son caractère fondamental au point de vue pratique dans la congestion du poumon.

S'agit-il ici, comme l'ont affirmé bon nombre d'auteurs autorisés, d'un acte réflexe à point de départ périphérique (refroidissement, traumatisme) ou central (verre d'eau le corps étant en sueur)?

Cette théorie, il est vrai, est bien séduisante. On comprend aisément que sous l'influence d'un resserrement des vaisseaux

périphériques cutanés, l'hypertension sanguine détermine dans un organe qui renferme autant de sang que le poumon, des phénomènes congestifs.

Mais, comment expliquer, si l'on admet cette hypothèse, et la fièvre, et les phénomènes généraux et la marche presque cyclique de cette maladie? Nous ne le pouvons guère. Il est probable, qu'ici comme pour la pneumonie, le refroidissement brusque ne suffit jamais à faire naître la maladie de Woillez.

On pourrait répéter ici les expériences de Heidenhain et de Massalongo : le temps nous a manqué pour entreprendre cette recherche, nous le regrettons vivement, car elles pourraient peut-être éclairer d'un jour nouveau cette pathogénie.

Il en est de même pour le traumatisme.

En étudiant cette maladie, il est un certain nombre de faits qui nous frappent. Le début brusque, violent qui est absolument identique à l'invasion des maladies infectieuses. Les symptômes physiques simulent à peu de chose près ceux de la pneumonie.

La terminaison brusque et analogue à celle de cette dernière infection, elle s'accompagne parfois de phénomènes critiques (polyurie).

Tout, en somme, semble nous porter à croire que nous nous trouvons en présence d'une infection microbienne proche parente de la pneumococcie.

Mais quel est le microbe qui détermine cette affection? Notre ami, M. le docteur Carrière, chef de clinique médicale à la Faculté, qui a entrepris à ce sujet des recherches minutieuses, a bien voulu nous communiquer les résultats auxquels il était arrivé.

Ayant examiné les crachats de treize malades il a trouvé nous l'avons vu :

3 fois. — Le staphylocoque seul.

4 fois. — Staphylocoques associés à d'autres.

2 fois. — Le Diplocoque de Talamon Fraenkel associé à d'autres.

1 fois. — Le Diplocoque seul.

1 fois. — Un Diplocoque non encapsulé.

1 fois. — Un streptocoque associé à d'autres.

Il est donc difficile de tirer de cette statistique des résultats concluants.

A l'autopsie du malade de l'observation XI, M. le docteur Carrière a recueilli du sang du cœur droit, et des poumons. Le sang ensemencé n'a rien donné.

Après avoir fait une incision au fer rouge du parenchyme pulmonaire, on a fait, en pressant, sourdre un liquide sanglant et visqueux au niveau de cette incision. Ce suc pulmonaire ensemencé a donné naissance à des staphylocoques ; ce même suc inoculé à un lapin ne l'a pas fait mourir, c'est à peine s'il a été malade quelques jours, cette maladie s'est traduite par une oppression.

Sur des coupes de ces poumons colorés par la méthode de Gramm nous avons recherché avec l'aide de M. Carrière les microorganismes ; ils étaient fort peu nombreux, et l'on ne trouvait guère que des microcoques isolés ou associés en diplocoques sans capsules et de nombreux staphylocoques.

La bactériologie de la maladie de Woillez est donc entièrement à faire, mais il est évident qu'il faudra, à ce point de vue, poursuivre des recherches microbiologiques attentives et voir ce que donne, au point de vue de l'examen direct, de l'ensemencement et de l'inoculation le sang ou la sérosité retirés du poumon par les ponctions. Il y a là une lacune qui, espérons-le sera prochainement comblée.

Jusqu'à ce moment là l'on ne saurait se prononcer sur la pathogénie de la maladie de Woillez. Il y a tout lieu de croire néanmoins, qu'il s'agit là d'une véritable infection.

Sous l'influence du refroidissement ou encore du traumatisme, le poumon serait tout préparé pour recevoir un microbe, qui, vraisemblablement, vit comme le pneumocoque dans la cavité bucco-pharyngée. Dès lors, apparaîtront les signes de l'infection. Mais la virulence de ce microbe étant probablement de très courte durée, l'organisme reprend le dessus et tout rentre dans l'ordre.

Quant à savoir quel est le microbe, nous ne saurions le dire. Peut-être est-ce un pneumocoque à virulence affaiblie ; l'avenir nous l'apprendra.

Traitement.

Nous serons bref sur ce point. Mais, néanmoins, étant donné les bons effets du traitement que nous avons institué chez nos malades, nous avons cru que nous ne pouvions point passer sous silence ce chapitre de notre étude.

L'objection qu'on pourrait nous faire à la rigueur c'est que la maladie de Woillez étant essentiellement bénigne, l'expectation est encore la meilleure thérapeutique.

Nous en concevons. Mais étant donné que par notre traitement, nous avons pu dans bien des cas, abréger la durée de cette maladie, étant donné que presque toujours la guérison a suivi de près la médication employée, nous croyons qu'il y a lieu d'agir et d'agir rapidement.

Nous ne passerons pas en revue toutes les médications que l'on a préconisées pour guérir cette maladie. Nous nous contentons d'énumérer ici les moyens que nous avons employés et qui nous ont toujours parfaitement réussi.

Les ventouses sèches ou scarifiées ont pour principal avantage de faire immédiatement disparaître et le point de côté et la dyspnée, c'est déjà quelque chose ; nos malades en ont toujours retiré un soulagement très rapide, le plus souvent définitif.

Il se peut bien enfin que la quantité de sang que nous avons soustraite de la sorte, ait pu, en diminuant l'hypertension vasculaire diminuer l'ypérémie, ici même l'intoxication de l'orga-

nisme par des produits de sécrétion du ou des microbes qui produisent la maladie.

En même temps nous donnions soit une potion avec quatre grammes d'extrait mou de quinquina qui avait pour but de tonifier et de stimuler le malade, ou une potion de Todd avec 0,15 centigrammes de kermès qui, favorisant l'expectoration, hâtaient la guérison en désobstruant les bronches du malade.

Malgré notre jeune expérience, nous nous croyons autorisés à dire que chez un garçon vigoureux, bien musclé, une saignée de 300 à 400 grammes, même répétée, pourrait, dans la maladie qui nous occupe, produire des résultats heureux, inespérés. Nous l'emploierons donc toutes les fois que nous le jugerons utile ; toutes les fois que la constitution du sujet, la gravité de la maladie, la dyspnée et l'élévation de la température nous en feront un devoir.

En agissant de la sorte nous croyons que l'on peut arriver à abréger la durée de la maladie et que l'on fait ainsi une œuvre utile et véritablement curative.

Conclusions.

I. La congestion idiopathique du poumon est comme l'a établi Woillez une entité morbide parfaitement définie.

II. Elle revêt dans ces symptômes et dans son évolution clinique des caractères parfaitement définis. Elle débute brusquement par des frissons multiples de durée variable et s'accompagne immédiatement de toux, de points de côté, et d'une expectoration gommeuse toute particulière. La fièvre est vive d'emblée.

On trouve alors comme signes physiques, la dyspnée, l'ampliation thoracique du côté malade, la submatité à limites diffuses, l'exagération des vibrations thoraciques. La respiration est soufflante, l'expiration prolongée. En même temps, on trouve des râles sous-crépitants en chapelets ou des râles humides à bulles moyennes.

Tous ces symptômes vont en s'améliorant, et le quatrième jour après le début de la maladie, tous les symptômes fonctionnels ont déjà disparu. Les signes physiques, persistent encore quinze jours après la disparition des signes fonctionnels.

III. Les deux causes principales qui semblent entrer en jeu dans la production de cette maladie sont :

(*a*). Le refroidissement, soit interne, soit externe.

(*b*) Le traumatisme.

IV. Mais ces deux causes ne sont vraisemblablement que des causes prédisposantes. La cause déterminante est sans aucun doute, un microbe dont la nature est encore inconnue.

V. Au point de vue anatomo-pathologique on trouve : la dégénérescence granulo-graisseusé des cellules endothéliales des alvéoles.

La cavité alvéolaire est remplie par un exsudat constitué par des globules rouges, des globules blancs et des cellules endothéliales desquamées.

On y trouve des microbes variés.

VI. Le pronostic en est généralement bénin, sauf chez les individus qui présentent une tare pathologique. Chez eux la terminaison peut être fatale.

VII. La congestion idiopathique du poumon peut créer dans cet organe un lien de moindre résistance ou viendront pulluler des microbes d'infection secondaire, pneumocoques.

VIII. On peut observer des récidives.

IX. La nature microbienne infectieuse de la maladie, semble prouvée par l'évolution même de cette affection, ainsi que par les symptômes généraux qui l'accompagnent. Elle ressemble à une pneumonie abortive.

X. Une thérapeutique énergique amène rapidement la disparition des symptômes fonctionnels, la diminution rapide des symptômes généraux et la guérison du malade.

Vu : *Le Doyen*,
A. PITRES.

Vu bon a imprimer :

Le Président de la thèse,

Dr PICOT.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 8 juillet 1895.

Le Recteur,

A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ANDRAL. — *Clinique médicale*, t. I, p. 829.

BAILLY ET LEGENDRE. — *Arch. gén. de médecine*, 1844, t. IV.

DEVERGIÉ. — *Médecine Légale*, 1836.

DUBOIS. — *Préleçons de Pathologie expérimentale*, 1841.

FOURNET. — *Recherches cliniques sur l'auscultation*, 1839.

GRANCHER. — *Bulletin, Soc. Méd. des Hôpitaux*, 1884.

» *Traité des maladies de l'appareil resp.*, 1892.

HOURMANN ET DECHAMBRE. — *Arch. gén. de médecine*, 1835-36.

JOLLY. — *Dictionnaire de médec. et de chirurgie pratique*, article congestion, 1830.

LAENNEC. — *Traité de l'auscultation médiate*, 1879.

LEBERT. — *Archives générales de médecine*, 1838.

MONNERET. — *Eléments de pathologie interne*, t. I, 1864.

QUEYRAT, — *Revue de médecine*, 1885.

» *Gazette des Hôpitaux*, 1892.

G. SÉE. — *Maladie non-spécifique du poumon.*

SERRAND. — Thèse de Paris, 1878.

WOILLEZ. — *Bull. de Soc. médicale d'observation*, 1838.

» *Archives Générales de médecine*, 1854.

» *Dictionnaire de diagnostic médical*, 1860.

» *Archives Générales de médecine*, 1866.

» *Traité des maladies aigües de l'appareil respiratoire*, 1872.